وزارة التعليم العالي و البحث العلمي

جامعة الحاج لخضر - باتنة -

كلية: العلوم الإنسانية والاجتماعية
والعلوم الإسلامية

قسم: العلوم الاجتماعية

شعبة: علم النفس

الموضوع

علاقة المعتقدات الصحية بالسلوك الجنسي الآمن لدى المتزوجين

مذكرة مقدمة لنيل درجة الماجستير في علم النفس العيادي - تخصص علم نفس الصحة-

إعداد الطالبة:

خشاب سعاد

إشراف الأستاذ :

أ. د. رحال غربي محمد الهادي

أعضاء لجنة المناقشة

الاسم و اللقب	الدرجة العلمية	الصفة	الجامعة الأصلية
د. جبالي نور الدين	أستاذ محاضر	رئيسا	باتنة
أ. د. رحال غربي محمد الهادي	أستاذ التعليم العالي	مقررا	باتنة
د. مزوز بركو	أستاذ محاضر	عضوا	باتنة
أ.د. كربوش عبدالحميد	أستاذ التعليم العالي	عضوا	قسنطينة

السنة الجامعية : 2010 - 2011

شكـــر وعرفـــان

الحمد الله أوّلا وأخيرا على ما منّه عليا من نجاح وتوفيق وبفضله رأت مذكرتي النور.

فيا ربّ لك الحمد كما ينبغي لجلال وجهك وعظيم سلطانك.

- وإنه لمن الواجب عليا وعرفانا بالجميل مني أن أتقدم بأحر كلمات الشكر وأسمى معاني التقدير إلى أستاذي الفاضل الدكتور**﴿رحال غربي محمد الهادي﴾** الذي كان ينبوعا للعلم والمعرفة، مثالا للأب الحنون الناصح والموجّه رغم كلّ ما يحمله من مسؤوليّات والتزامات.

- كما لا يفوتني أن القي الثّناء وأتقدم بالامتنان إلى كلّ **أساتذة علم النفس الصحة** وعلى وجه الخصوص الأستاذ "**جبالي نور الدين**" على كل ما قدّمه لي من إرشادات طيلة مشواري الدراسي.

- وكذا اشكر كل أفراد كلية الآداب والعلوم الإنسانية خاصة معهد علم النفس على كل التسهيلات التي قدموها لي.

- إلى المهندس "**بعيرة عبد الحميد**" على مجهوداته في مساعدتي على ترجمة ملخص الدراسة .

- وأفراد أسرتي خاصة أمي حفظها الله.

وختاما إلى كل من ساعدني في انجاز هذه المذكرة.

الطالبة سعاد خشاب

ملخص الدراسة:

هدفت الدراسة الحالية إلى الكشف عن طبيعة العلاقة بين المعتقدات الصحية والسلوك الجنسي الآمن، ومعرفة الفروق في مقياس المعتقدات الصحية ومقياس السلوك الجنسي الآمن لدى المتزوجين تعزى لمتغيرات:السن، الجنس، المستوى التعليمي، المستوى الاقتصادي.

وعليه فقد تمت الدراسة في جانبين:

- الجانب النظري الذي تطرقنا فيه لمتغيرات البحث،
- والجانب التطبيقي الذي شمل عينة عرضية قوامها 70 فردا متزوج من كلا الجنسين.

بحيث اعتمدت الدراسة علي الأدوات التالية:- مقياس المعتقدات الصحية ومقياس السلوك الجنسي الآمن اللذان تم إعدادهما من طرف الطالبة الباحثة.

وقد تم التأكد من صدق وثبات الأداتين بتطبيقها أولا على عينة استطلاعية، بحيث تم استخدام عدد من الأساليب الإحصائية المناسبة لطبيعة التساؤلات والفرضيات، من حيث المنهج المستخدم حيث تم الاعتماد على المنهج الوصفي، وعلى برنامج**(spss14)**. **(الحزمة الإحصائية للعلوم الاجتماعية)** .

وقد أسفرت الدراسة على النتائج التالية :

1- توجد علاقة ارتباطيه موجبة دالة إحصائيا بين المعتقدات الصحية والسلوك الجنسي الآمن لدى أفراد العينة.

2- توجد فروق ذات دلالة إحصائية في المعتقدات الصحية لدى أفراد العينة تعزى لمتغير الجنس لصالح الإناث.

3- لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في المعتقدات الصحية لدى أفرد العينة تعزى لمتغير السن.

4- توجد فروق ذات دلالة إحصائية في المعتقدات الصحية لدى أفرد العينة تعزى لمتغير المستوى التعليمي لصالح ذوي المستوى الجامعي.

5- لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في المعتقدات الصحية لدى أفرد العينة تعزى لمتغير المستوى الاقتصادي.

6- لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في السلوك الجنسي الآمن لدى أفراد العينة تعزى لمتغير الجنس.

7- لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في السلوك الجنسي الآمن لدى أفراد العينة تعزى لمتغير السن.

8- توجد فروق ذات دلالة إحصائية في السلوك الجنسي الآمن لدى أفراد العينة تعزى لمتغير المستوى التعليمي لصالح ذوي المستوى الجامعي.

9- لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في السلوك الجنسي الآمن لدى أفراد العينة تعزى لمتغير المستوى الاقتصادي.

وفي نهاية البحث وبناءا على هذه النتائج قدمت مجموعه من الاقتراحات والتوصيات تنص في مجملها على إتباع سلوك جنسي آمن، مما يدعو إلى ضرورة إعداد برامج تثقيفية حول السلوك الجنسي الصحي من طرف العاملين بمجال الخدمات الصحية وذلك من اجل تعزيز المعتقدات الصحية الايجابية .

Résumé de l'étude

Le but du présent travail est l'étude de la relation entre les croyances de santé et le comportement sexuel sécurisé ainsi que l'exploration de la connaissance des différences au niveau des croyances de santé et la valeur du comportement sexuel sécurisé auprès d'une frange des mariés dont les variables retenus sont : l'âge, le sexe, le niveau d'instruction et le niveau économique.

Dans cette optique, l'étude a été réalisée en deux parties :

- la partie théorique qui traite des variations de l'étude,
- et la partie pratique qui a exploré un échantillon transversal, constitué de 70 individus mariés de chacun des deux sexes.

L'étude a pris en compte les éléments suivants : la valeur des croyances de santé et la valeur du comportement sexuel sécurisé réalisé par l'étudiante chargée de l'étude.

Le travail réalisé a permis la vérification et la confirmation des deux parties :

- par leur mise en œuvre sur un échantillon d'exploration, de façon à utiliser un nombre de méthodes statistiques adaptées à la nature des questionnements et hypothèses,
- et selon la méthodologie la méthode descriptive, sur programme (spss14). (Le bouquet statistique des sciences sociales).

L'étude a conclu aux résultats suivants :

1°-Il existe une relation d'attache positive, en terme statistique, entre les croyances de santé et le comportement sexuel sécurisé auprès des individus de l'échantillon.

2°- Il existe des différences, en terme statistique, dans les croyances de santé auprès des individus de l'échantillon selon la variable sexe, au profit des individus de sexe féminin.

3°- Il n'existe pas de différences, en terme statistique, dans les croyances de santé auprès des individus de l'échantillon selon la variable de l'âge.

4°-Il existe de différences, en terme statistique, dans les croyances de santé auprès des individus de l'échantillon selon la variable du niveau d'instruction, au profit des individus de niveau universitaire.

5°-Il n’existe pas de différences, en terme statistique, dans les croyances de santé auprès des individus de l’échantillon selon la variable du niveau économique.

6°- Il n’existe pas de différences, en terme statistique, dans le comportement sexuel sécurisé auprès des individus de l’échantillon selon la variable du sexe.

7°- Il n’existe pas de différences, en terme statistique, dans le comportement sexuel sécurisé auprès des individus de l’échantillon selon la variable d’âge.

8°- Il existe des différences, en terme statistique, dans le comportement sexuel sécurisé auprès des individus de l’échantillon selon la variable du niveau d’instruction. , au profit des individus de niveau universitaire.

.

9°- Il n’existe pas de différences, en terme statistique, dans le comportement sexuel sécurisé auprès des individus de l’échantillon selon la variable du niveau économique.

A la fin de l’étude et au vu de ces résultats, nous avons présenté un ensemble de propositions et de recommandations qui ont trait dans leur ensemble au choix du comportement sexuel sécurisé , ce qui induit la nécessité d’élaborer des programmes de sensibilisation autour du comportement sexuel de santé de la part des gens qui activent dans le domaine de la santé afin de conforter les croyances de santé positives .

فهرس المواضيع

فهرس الجداول

فهرس الأشكال

مقدمة

مقدمــــــة:

تعد الصحة أحد أهم أولويات الأفراد إذ تعتبر هي حالة التوازن النسبي لوظائف أعضاء الجسم، التي تنتج من تكيف الجسم مع نفسه ومع العوامل الضارة التي يتعرض لها، فحينما تتم ممارسة السلوكيات الصحية المختلفة بالشكل السليم فإن النتيجة ستكون مزيدا من الصحة والراحة.

ففي العقدين الأخيرين ازدادت الأدلة الطبية والعلمية التي تشير بشكل واضح إلى وجود علاقة وثيقة بين تبني الفرد نمط غير صحي في الحياة وتعرضه لخطر الإصابة بالأمراض المختلفة.

لذا تفطن الباحثين وعلماء علم النفس الصحي بتطوير تصورات لتغير العادات الخطرة المتعلقة بالصحة لتعمل على دمج العوامل الدافعية والتعليمية في نماذج أكثر عمومية، وذلك للتدخل في تغيير السلوكيات الخطرة أو المعرضة للخطر ونتيجة لذلك طور نموذج المعتقدات الصحية بغرض تحديد الأسباب التي تدفع بالفرد إلى ممارسة بعض السلوكيات الصحية الوقائية دون الأخرى.

إذ تسعى هذه النظرية إلى تحديد المبادئ أو العوامل التي تتحكم في سلوك الفرد الوقائي وذلك من خلال التنبؤ بتصرفاته في المواقف الصحية المختلفة مما يساهم في بعض البرامج الصحية الوقائية أو النمائية لأكثر دقة وفعالية في التنفيذ. (عثمان يخلف، 2001).

وفي هذا السياق لطالما اعتبرت الممارسات الجنسية غير الآمنة "التي تشير إلى الانغماس في ممارسة الاتصال الجنسي بدون استخدام أية من الوسائل الوقائية".

خطرا كبيرا على صحة الفرد إذ أن انتقال عدوى الأمراض الجنسية "كالإيدز أو التهاب الكبد نوع ب أو الزهري والسيلان" مازال قائما ، ويعتبر مرض نقص المناعة

المكتسبة على رأس قائمة الأسباب المؤدية للموت في كثير من بلدان العالم، ومنه فإن الحاجة إلى مراعاة السلوك الجنسي الآمن مثل: "استخدام الواقي الجنسي"، أصبح أمرا ضروريا إذ أردنا إيقاف انتشار هذا المرض. وقد يعتقد البعض أن تناول بعض المضادات الحيوية، أو الزواج الشرعي يمنع من انتقال هذه الأمراض، إلا أن هذا الاعتقاد خاطئ ومفهوم غير صحيح للجنس الآمن لأن معظم هذه الأمراض فيروسية وممكن أن تنتقل حتى مع المتزوجين وبالتالي لا تفيد معها لا المضادات الحيوية ولا حتى الزواج الأحادي لان الإصابة بنوع معين من الأمراض التناسلية لا يعطي مناعة ضد هذا المرض وبالتالي يمكن الإصابة به تكرار ومررا إذا استمرت هذه السلوكيات غير آمنة.

لكن في حقيقة الأمر كثيرا ما تتوارى المشاكل المتعلقة بالصحة الجنسية وراء حواجز الحرج والعار، إذا تعتبر كلمة "جنس" طابوا من خلال ما يحيط بها من غموض وسريه مما أدى إلى تشوه ونقص المعلومات، وسوء الممارسات الجنسية وهذا راجع كله إلى عدم التعامل الصريح والعلني تجاه السلوك الجنسي، لأن بإتباع سلوك جنسي صحي للأزواج في ممارستهم الجنسية له أثر كبير في وقايتهم من الأمراض المختلفة وكذلك له أثر في المحافظة على البيئة التي يعيشون فيها "التقليل من انتشار الأمراض المتنقلة عبر الجنس "، فهناك الكثير من الأمراض الجنسية التي يمكن تجنبها إذا سلك كل من الأزواج سلوكا جنسيا صحيا وكل هذا يعتمد على المعتقدات الصحية للأزواج تجاه السلوك الجنسي إذ تشير هذه الدراسة لمشكلة هامة تحتاج إلى الكثير من البحث والتحليل لما لها من أهمية في الكشف عن علاقة المعتقدات الصحية بالسلوك الجنسي الآمن لدى عينه من المتزوجين وما جعلنا نتناول هذه المتغيرات هو نتائج الدراسات السابقة التي تشيد بدور المعتقدات الصحية في التأْثير على السلوك الصحي.

إطار مشكلة البحث

الفصل الأول: إشكالية البحث ومنطلقاته

أولا: الإشكالية

ثانيا:فرضيات الدراسة

ثالثا: أهمية الدراسة

رابعا: أهداف الدراسة

خامسا: مصطلحات الدراسة

سادسا: الدراسات السابقة

أولا: الإشكالية

ازدادت الأبحاث الطبية والنفسية التي تحاول دراسة علاقة أنماط السلوك البشري بصحة الفرد سواء كانت النفسية أو العضوية و أكدت أغلب الأبحاث على وجود ارتباط كبير بين تصرفاتنا الشخصية والحالة الصحية التي نعيشها وبالتالي فإن الأمراض التي نعاني منها تعود أسبابها في الغالب إلى سلوكياتنا وعاداتنا الصحية غير سليمة، ويظهر هذا الاهتمام جليا في تطور أساليب الوقاية من الأمراض، أين أدركت الدول بعد الباحثين أن ما تصرفه من أموال طائلة على المراكز الصحية لا يجدي نفعا إذا لم يكن هناك إدراك أو قناعة لدى أفراد هذه الدول بوجوب المحافظة على صحتهم وهكذا أصبح السلوك من أهم العوامل المسببة للأمراض والذي يجب أخذه بعين الاعتبار كمتغير يمكن من خلاله التنبؤ أو التحكم في ديناميكية تطور الأمراض. (عبد الرحمن العيسوي،1997).

لذا فالتغيير الجذري في أنماط الأمراض وانتشارها بين أفراد المجتمع من الأمراض المزمنة إلى الأمراض المعدية وبشكل خاص الأمراض التناسلية المتنقلة عبر الجنس، أدى إلى بروز حاجة ملحة إلى إيجاد نماذج فعالة تتبئ بالأسباب التي تحمل الناس على إتباع السلوك الذي يسبب المرض أو يقي منه، وذلك بغرض التأثير وتغيير سلوك الأفراد ووضع استراتيجيات وقائية في كافة ميادين الصحة، لتساهم في الوقاية من الأمراض وتحسين صحة الأفراد خاصة والمجتمع عامة.

وقد زودتنا الأبحاث والدراسات في مجال علم النفس الصحة بنموذج المعتقدات الصحية:" ينظر هذا النموذج للتصرفات الإنسانية بأنها محددة منطقيا، ويعتبر السلوك الصحي في هذا النموذج وظيفة لعمليات الاختيار الفردية القائمة على أساس الحسابات الذاتية للفوائد والتكاليف ويتم هنا افتراض قابلية مترابطة للتنبؤ بالاتجاهات المتعلقة بالصحة". (سامر جميل رضوان،كونراد ريشكة.،22 /2009/12).

وتسهم المعتقدات الصحية التي ترتبط مع المتغيرات الاجتماعيـة والديموغرافيـة والاقتصادية والظروف الموقفية في بناء أو تشكيل قرار منطقي وإحصائي وفـردي مـن أجل القيام بسلوك صحي، أو اتخاذ إجراءات تأمين صحي. إذا افترضا أن الأفراد يميلون إلى تغيير عاداتهم الصحية إذا وجدت لديهم المعلومات.

فقد بينت الدراسة التي أجراها كل من " ليسلي أليسون وكريـستوفر"، عـام 1990 حول "مدى فعالية تأثير استهلاك الكحول من خلال نموذج المعتقدات الـصحية "، وذلـك على عينة مكونة من "41104"، على وجود علاقة ارتباطيه دالة إحـصائيا بـين سـلوك استهلاك الكحول وبين نموذج المعتقدات الصحية (Allison,Minugh., 1998)

ودراسة أخرى عرضت بالمؤتمر الدولي للصحة والبيئة والتنمية بالإسكندرية عـام 1996 حول " مدى تأثير المعلومات ومعتقدات السيدات وحالتهن الصحية في نمط ترددهن لرعاية الحمل". وشملت عينة البحث سيدات حوامل في الشهور الثلاث الأخيرة من الحمل بلغ عددهم 240 سيدة حيث وجدوا أن:

السيدات اللاتي يعرفن العدد المثالي للتردد لرعاية الحمل والتوقيت الصحيح لزيارة الأولى واللاتي يدركن خطورة حملهن أكثر تـردد لرعايـة الحمـل. (ملخـصات أبحـاث منشورة،2009/12/04).

مما يجعلنا نعتبر أن نموذج المعتقدات الصحية أداة مؤثرة في استحداث وتغييـر السلوكيات والممارسات إذ أنه المصدر للمعلومات ومهم في بناء الفرد وتكوينه المعرفـي والوجداني والسلوكي، إذ يعمل على زيادة رصيده من المعلومات والخبرات التـي تنـسخ مواقفه وآرائه وسلوكياته ومن خلاله نستطيع أن نتنبأ ببعض الظروف التي يغيـر فيهـا الأفراد من سلوكياتهم المرتبطة بصحتهم. لذلك فإن مدركات الفرد تلعب دورا هامـا فـي تغيير سلوكه الخطر وانخراطه في ممارسة السلوكيات الصحية التي تقلل من التهديـدات

التي يمكن أن يتعرض إليها والقيام بسلوكيات وقائية مما يساعدنا هذا في معرفة متى يقوم الأفراد بتغيير عاداتهم الصحية.

إن التطرق لنموذج المعتقدات الصحية ومساهمته في تغيير سلوك الأفـراد حسب نتائج الدراسات السابقة المطلع عليها، يقودنا للتطرق إلى أكثر السلوكات المعرضة للخطر وهي السلوكيات الجنسية، إذ تستند بداية ظهور المعلومات الصحيحة حول الجـنس مـن دراسة كنزي التي أجريت في نهاية الأربعينيات من القـرن العـشرين ونـشرت خـلال النصف الثاني من خمسينيات القرن ذاته وقد وفـرت هـذه الدراسـة التـي اسـتخدمت الاستبيانات والمقابلات الشخصية الكثير من المعلومات الصحيحة حول السلوك الجنـسي غير أن الثورة الحقيقية التي حدثت في مجال معارفنا عن الجنس تنـسب إلـى "ماسـتر وجونسون" اللذان قاما بدراسة متعمقة للسلوك الجنسي عند البشر والاضطرابات الجنـسية واستخدما أساليب بحثية جريئة.(أحمد فخري هاني،2009/10/02).

ليظهر مصطلح الجنس الآمن في الثمانينات نتيجة للانتشار مرض الإيدز ويعـرف على أنه :"ممارسة النشاط الجنسي بطريقة تقلل من مخاطر الإصابة بالأمراض المنقولـة جنسيا، إذ يعتبر نشاط يقوم به الأشخاص الذين اتخذوا الاحتياطات اللازمة لحماية أنفسهم من الأمراض المنقولة جنسيا".(موسوعة ويكيبيديا، 2010/02/19).

وكما هو معروف أن الأمراض المنقولة جنسيا هي مجموعة الأمراض التي تنتقـل عن طريق الجنس وتنتشر في معظم أنحاء العالم، حيث كشفت منظمة الصحة العالمية عن وجود 250 مليون إصابة كل عام أي بمعدل 685000 حالة يوميا. (مجموعـة إصـدارات صندوق الأمم المتحدة للسكان،1998).

ومن المفترض أن في البلاد العربية لا يزال مرض الإيدز محاطا بسرية تامة حيث لا توجد إحصائيات دقيقة على حد علمنا، فربما هذا مرتبط بمـدى اسـتعداد المـريض للكشف عن إصابته خوفا من الفضيحة، أما في الجزائر فقد ذكر رئيس جمعية التـضامن

مع مريض الإيدز حسن بوفنيسة أنه تم إحصاء ما يقارب 4 آلاف حالة إصابة بالإيدز منذ ظهوره أول مرة في البلاد سنة 1985، يبدو أن هذا الرقم بعيدا جدا عن الرقم 29 ألــف مصاب الذي كشف عنه رئيس جمعية مرض الإيدز في الجزائر عام 2009، ممــا يثيــر تساؤلات حول العدد الحقيقي للضحايا ويقدر جمهور الأطباء فــي الجزائــر أن الأرقــام المعلنة حول الإيدز بعيدة عن الحقيقة في غياب الإعلان الطوعي للمصابين. (عبــد البــاقي خليفة،2009/12/11).

وقد وجد جوزيف وزملائه أن اللجوء إلى الممارسات الجنسية الأكثــر أمانــا لــم يرتبط بالمعلومات حول الإيدز أو بادراك المخاطر، أو إدراك كفــاءة الــسلوك الجنــسي الأكثر أمانا ولكن يرتبط باعتقاد الناس أن أقرانهم غيروا عاداتهم. (لينذري وبوال، 2000).

لذلك فان العوامل النفسية والسلوكية وحتى المعرفية تعمل كمتغيرات وسيطة فــي السلوك الصحي وتنفيذ البرامج العلاجية، مثل: المساندة الاجتماعيــة المدركــة، مــصدر الضبط الصحي، الكفاءة الذاتية والمعتقدات التي تعبر عن الأسلوب الداعي لإتبــاع نمــط سلوكي من شأنه أن يبقى الأفراد أصحاء أو مرضى نتيجة لتصرفاتهم أو سلوكهم نتيجــة هذا المعتقد، ومن هنا يمكننا الافتراض أيضا أن العوامل المؤثرة في المعتقدات الــصحية هي " عوامل ديموغرافية واجتماعية وثقافية واقتصادية، وبيئية... " من شــأنها أن تتنبــأ بإتباع سلوك جنسي آمن الذي يؤدي بدوره إلى صيانة وتعزيز الرصيد الصحي وتنميتــه على اعتبار أن هناك بعض الممارسات الجنسية غير آمنة والخطرة تؤدي إلى نقل عدوى الأمراض الجنسية إلى الشريك، كما أن هناك بعض الممارسات تساعد على الوقاية مــن العدوى وحفظ الصحة. وهو ما قادنا للتفكير في مثل هذا الموضوع دراســة اســتطلاعية سابقة قمنا بها سنة 2009، حول (علاقة المعتقدات الصحية بالسلوك الجنــسي الــصحي) باستخدام الاستبيانات والمقابلات، التي لاحظنا من خلال نتائجها جهــل معظــم الأفــراد بالأمراض المنقولة جنسيا، وبمفهوم الجنس الآمن على اعتبار أن المجتمع الجزائــري لا

يقبل علاقة جنسية خارج إطار الزواج لذلك استخدم مصطلح الممارسة الشرعية للجــنس من قبلهم للدلالة على الجنس الآمن والمحمي. ومن هنا نرى أن الأفراد قد حددو الإطــار الاجتماعي للعلاقة الجنسية بمعزل عن السلوك الجنسي الآمن، ومن هنا يمكننا الافتــراض أيضا أن بعض الأمراض المنقولة عن طريق الاتصال الجنسي غير الآمن، لا تسبب أيــة أعراض فلا يدك الفرد انه مصاب وقد يعتقد أنها أعراض طبيعية أو سببها السحر أو كثرة العمل أو أي خرافات أخرى، على اعتبار منه انه بمعزل عن الإصابة بأي مرض منقــول جنسي بإقامته لعلاقة جنسية شرعية، والسبب الأهم أن الأفراد المصابين بالعدوى المنقولة جنسيا قد يشعرون بالإحراج من السعي لتلقي العلاج مما يزيد من تفاقم المرض اعتقــادا منهم أن العاملين في مجال الصحة قد يصدرون أحكاما مسبقة عن المرض أو لا يحافظون على السرية لذا ارتأينا أن نتطرق لهذا الموضوع لكن بمنظور آخــر هــو كيفيــة تــأثير المعتقدات الصحية في السلوك الجنسي، بغرض إيجاد بعض المنافذ للتقليل مــن انتــشار الأمراض المنقولة جنسيا والحفاظ على الصحة الجنسية، على افتراض أن معتقدات الأفراد في الغالب ما تكون سبب من أسباب السلوك المتبع .

وفي هذا السياق فقد توصلت بعض الدراسات إلى أن استخدام الواقي الجنسي يعتبر من الاستراتيجيات الأولية لتغيير السلوك الجنسي الخطر، ولمنع الأمراض التــي تنتقــل بالاتصال الجنسي حيث أن الدراسة نبهت النساء إلى أن خطر الجنس غير المحمي أكبــر بكثير بين أوساط النساء المصابات بسرطان عنق الرحم.(منتدى الطب والأبحــاث العلميــة، 2010/05/17).

وأكدت دراسة أخرى لكيربي جاكسون حول استخدام نموذج المعتقدات الــصحية (HBM) للتنبؤ بسلوك المراهقين وذلك في سنة 1991، التي كان الهدف منها هــو التنبــؤ بنوايــا المراهقين حول تبنيهم سلوكيات ممارسة الجنس الآمن وذلك باستخدام نموذج المعتقــدات الصحية لتلاميذ المدارس من كلا الجنسين. حيث أشارت نتائج هذه الدراسة إلى ضــرورة

استخدام البرامج التثقيفية لطلاب الصف الحادي عشر لتشجيعهم على ممارسة الجنس الآمن مع تركيز هذه البرامج على الحوافز المتصلة بالصحة بين الطلاب كبار السن.

وعلى أهمية استخدام النماذج النظرية وعلى رأسها نموذج المعتقد الصحي في إجراء البحوث الصحية و التربوية في مجال التثقيف الصحي.(Kirby Jackson,1991)

إن ما سبق طرحه يقودنا إلى بلورة مشكلة البحث في التساؤلات التالية:

- هل توجد علاقة ارتباطيه دالة إحصائيا بين المعتقدات الصحية والسلوك الجنسي الآمن لدى المتزوجين؟

- هل توجد فروق ذات دلالة إحصائية لدى أفراد العينة في المعتقدات الصحية تعزى لمتغير الجنس؟

- هل توجد فروق ذات دلالة إحصائية لدى أفراد العينة في المعتقدات الصحية تعزى لمتغير السن؟

- هل توجد فروق ذات دلالة إحصائية لدى أفراد العينة في المعتقدات الصحية تعزى لمتغير المستوى التعليمي؟

- هل توجد فروق ذات دلالة إحصائية لدى أفراد العينة في المعتقدات الصحية تعزى لمتغير المستوى الاقتصادي؟

- هل توجد فروق ذات دلالة إحصائية لدى أفراد العينة في السلوك الجنسي الآمن تعزى لمتغير الجنس؟

- هل توجد فروق ذات دلالة إحصائية لدى أفراد العينة في السلوك الجنسي الآمن تعزى لمتغير السن؟

- هل توجد فروق ذات دلالة إحصائية لدى أفراد العينة في السلوك الجنسي الآمن تعزى لمتغير المستوى التعليمي؟

- هل توجد فروق ذات دلالة إحصائية لدى أفراد العينة في السلوك الجنسي الآمن تعزى لمتغير المستوى الاقتصادي؟

ثانيا:فرضيات الدراسة

بالإعتماد على التساؤلات التي طرحت فإنه يمكننا صياغة الفرضيات التالية.

- نتوقع وجود علاقة ارتباطيه دالة إحصائيا بين المعتقــدات الــصحية والــسلوك الجنسي الآمن لدى المتزوجين.

- نتوقع وجود فروق ذات دلالة إحصائية لدى أفراد العينة في المعتقدات الــصحية تعزى لمتغير الجنس.

- نتوقع وجود فروق ذات دلالة إحصائية لدى أفراد العينة في المعتقدات الــصحية تعزى لمتغير السن.

نتوقع وجود فروق ذات دلالة إحصائية لدى أفراد العينة في المعتقــدات الــصحية تعزى لمتغير المستوى التعليمي.

- نتوقع وجود فروق ذات دلالة إحصائية لدى أفراد العينة في المعتقدات الــصحية تعزى لمتغير المستوى الاقتصادي.

- نتوقع وجود فروق ذات دلالة إحصائية لدى أفراد العينة في الــسلوك الجنــسي الآمن تعزى لمتغير الجنس.

- نتوقع وجود فروق ذات دلالة إحصائية لدى أفراد العينة في الــسلوك الجنــسي الآمن تعزى لمتغير السن.

- نتوقع وجود فروق ذات دلالة إحصائية لدى أفراد العينة في الــسلوك الجنــسي الآمن تعزى لمتغير المستوى التعليمي.

- نتوقع وجود فروق ذات دلالة إحصائية لدى أفراد العينة في الــسلوك الجنــسي الآمن تعزى لمتغير المستوى الاقتصادي.

ثالثا: أهمية الدراسة

انصب اهتمامنا في هذه الدراسة على الأهداف التي ترمي إليها من جهة، ومن جهة أخرى للتعرف على العوامل التي تحمل المتزوجين على إتباع السلوك الذي يقي من المرض من خلال معارفهم السابقة، وذلك لمساعدة المختصين في مجال علم النفس للتنبؤ بمدى نجاح هذه السلوكيات التي تكون مبنية على أساس الحسابات الذاتية للفوائد أو التكاليف والتي تتمثل في اعتقاد و إدراك الزوج للخطر والتهديد الذي يسببه سلوكه الجنسي غير آمن، إذ لم يغيره أو يتخذ سلوك وقائي للحد من التهديد الصحي، و بالتالي يشعره بضرورة التزامه بالسلوك الجنسي الآمن، وذلك من خلال محاولتنا تصميم مقياسين الأول متعلق بالمعتقدات الصحية، أما المقياس الثاني فيتعلق بالسلوك الجنسي الآمن .

بغرض مساهمة هذه الدراسة في إثراء المواضيع التي تم البحث فيها في مجال علم النفس الصحة، ولفت انتباه المشتغلين بالخدمات الصحية لنشر الوعي بالسلوكيات الجنسية الآمنة وذلك من خلال التنبؤ بالإجراءات التي يتخذها الفرد من أجل التعرف المبكر لحدوث الأمراض للوقاية أو التقليل من انتشارها. في سبيل وقاية الجهاز التناسلي من الأمراض المتنقلة عبر الجنس .

رابعا: أهداف الدراسة

تهدف هذه الدراسة إلى تحقيق ما يلي:

– معرفة طبيعة العلاقة بين المعتقدات الصحية و السلوك الجنسي الآمن لــدى عينــة الدراسة.

– معرفة الفروق في مقياس المعتقدات الصحية، ومقياس السلوك الجنسي الآمن لــدى عينة الدراسة تعزى للمتغيرات:السن، الجنس، المستوى التعليمي، المستوى الاقتصادي.

خامسا: مصطلحات الدراسة

01- تعريف المعتقدات الصحية: Définition croyances de santé

هي مجموع تصورات مبنية على أسس نفسية واجتماعية تجاه المرض وإحساسات الخطر، لذلك فهي تلعب دور وسيط في تصور المرض وكيفية الوقاية منه، بحيث تساهم في فهم أسباب ممارسة الأفراد للسلوكيات الصحية وهذا للتنبؤ فيما إذا كان الفرد سيقوم بممارسة السلوك الصحي وذلك من خلال معرفة عاملين هما:

الدرجة التي يدرك فيها الفرد أنه معرض على المستوى الشخصي لتهديد صحي، و

الدرجة التي يدرك فيها الفرد بأن ممارسات صحية معينة ستكون فعالة في التقليل من هذا التهديد.

وهو ما استدلنا به من خلال الدرجات المتحصل عليها من طرف أفراد العينة على مقياس المعتقدات الصحية المعد من طرفنا، حيث كلما ارتفعت الدرجات علا هذا المقياس كلما كانت المعتقدات الصحية تتجه في الاتجاه الايجابي للسلوك الصحي.

02- تعريف السلوك الجنسي الآمن: Définition d'un comportement sexuel sécurisé

هي مجموع من الممارسات الجنسية الآمنة التي من شأنها أن تحمي أو تحافظ على صحة الأزواج" كاستخدام الواقي الجنسي، الانسحاب قبل القذف، الخضوع للفحوصات والاختبارات الدورية للتأكد من الخلو من الأمراض التناسلية، الالتزام بشريك جنسي أحادي ... " والتي ينبغي إتباعها من أجل تجنب أو تقليل مخاطر التعرض لعدوى الأمراض التناسلية الجنسية التي تنتج عن طريقة ممارسة العملية الجنسية.

وهو ما استدلنا به من خلال الدرجات المتحصل عليها من طرف أفراد العينة على مقياس السلوك الجنسي الآمن المعد من طرفنا، حيث كلما زادت الدرجة على سلوك جنسي معين

زادت نسبة آمان هذا السلوك الجنسي، مع العلم أننا راعينا عند التصحيح عكس البنود السلبية في الاتجاه الايجابي للسلوك الجنسي .

سادسا: الدراسات السابقة

في حدود إطلاعنا لا توجد دراسات تناولت العلاقة بين المعتقدات الصحية والسلوك الجنسي الآمن لدى المتزوجين، لكن توجد عدة دراسات تناولت السلوك الجنسي على حدا ودراسات تناولت علاقة المعتقدات الصحية ببعض المتغيرات، ودراستين تناولت المعتقدات الصحية وعلاقتها بالسلوك الجنسي.وفيما يلي سيتم تناول هذه الدراسات بالترتيب وعلى التوالي.

01- الدراسات:

- الدراسات التي تناولت السلوك الجنسي :

*** الدراسة الأولى:**

هي دراسة سعودية لعمر المرشدي، تناولت السلوك الجنسي للطلاب بالجامعات وذلك بهدف اكتشاف أسباب مرض الإيدز وتزايد الإصابة به بين الطلاب وتم إجراء هذه الدراسة على عينة مكونة من" 185 " طالب تراوحت أعمارهم بين 18 و23 سنة حيث استخدموا استمارة استبيان تحوي على أسئلة عدة حول السلوك الجنسي للطلاب والأصدقاء والأقارب .

وقد دلت نتائج الدراسة على أن:

39 % من الطلاب يرون أن الإيدز ينتقل بسبب العلاقات غير شرعية من دون سائر أسباب انتقال العدوى مثل المخدرات.

21 % من الطلاب يعتقدون أن 66 % من أصدقائهم وأقاربهم يمارسون الجنس غير المشروع.

وأبدى 75 % موافقتهم للتوعية باستخدام الواقي الذكري .

39 % من الطلاب يرون أن السبب الرئيسي وراء عدم الإفصاح عن المرض هو التفسير الديني السائد تجاه فيروس الإيدز وهو فساد الأخلاق لدى المريض.(زياد عنزي،12 ديسمبر2006).

*** الدراسة الثانية :**

وهي دراسة أجريت بأمريكا لمجموعة من الباحثين في جامعة بلومنتجون بإنــديانا. حول السلوك الجنسي والصحة في سنة 1994، حيث كان الهدف منها هو وصف الأفعــال الجنسية الأكثر شعبية بين الأمريكيين والتقصي عن استخدام الواقيــات الجنــسية حــسب السن، الجنس، والعرق.

حيث قاموا بجمع البيانات عن طريق المسح على عينة تتكون مــن" 5865" فــردا تتراوح أعمارهم بين 14-94، بطرح مجموعة مــن الأســئلة حــول الــواقي الجنــسي والسلوكيات الجنسية أكثر شيوعا.

وتوصلت الدراسة إلى النتائج التالية:

- المراهقين هم أكثر احتمالا لاستخدام الواقي الجنسي من البالغين، مما يشير إلى وجود فروق تعزى لمتغير السن.

- الذكور هم أكثر احتمالا لاستخدام الواقي الجنسي من الإناث، مما يــشير إلــى وجود فروق بين الجنسين.

- السود أكثر استخداما للعوازل الطبية على غيرهم، مما يشير إلى وجود فــروق تعزى لمتغير العرق.

- وجود فروق حول كيفية انتقال مرض الإيدز تعزى لمتغير الجنس.

- وجود فروق في هــزة الجمــاع تعــزى لمتغيــر الجــنس لــصالح الــذكور. (LJ. Hall, 1994)

*** الدراسة الثالثة:**

وهي دراسة أجريت بــ بامندا الإفريقية حــول تــأثير العوامــل الديموغرافيــة والاجتماعية والاقتصادية على السلوك الجنسي عند الشباب وذلك في سنة 1995، وكــان الهدف منها هو معرفة مستوى الوعي حول الإيدز والسلوك الجنــسي الآمــن والتــدابير المستخدمة لمنع المرض وخصائص الأفراد الذين تورطوا في السلوكات الجنسية المحفوفة بالخطر.

وقد استخدموا تقنيات لتحليل المتغيرات على عينة تكونت من "676" من الشباب بــ بامندا بشكل عشوائي لخمسة أحياء، حيث جمعوا معلومات عــن خــصائص المــشاركين بطريقة مسحية، كالخاصية الاجتماعية والاقتصادية والديمغرافية والثقافية.

وتوصلت الدراسة إلى النتائج التالية:

– الأفراد ذوي المستوى الاقتصادي الفقير والمتوسط هم الأكثر عرضة للــسلوك الجنسي الخطر.

– الأفراد ذوي المستوى الاقتصادي المرتفع هم الذين يمارسون الجنس الآمن.

– بالإضافة إلى ذلك فقد ارتبط العيش في الأسر الفقيرة مــع احتمــال انخفــاض الالتجاء إلى اقتناء الواقي الجنسي بالمقارنة مع الأفراد الذين مستواهم الاقتصادي أحــسن كانوا أكثر مستخدمي الواقي الجنسي، مع مراعاة بعض الخصائص الاجتماعية والفــروق بين الجنسين.(Mburano Rwenge, September 2000)

–الدراسات التي تناولت المعتقدات الصحية :

*** الدراسة الأولى :**

وهي دراسة لفيليب مودي وآخرون حول معتقدات الموظفين الحكوميين الكــويتيين الذكور حول محل التحكم في الصحة وحول التدخين، وذلك عام 1995، وذلــك بهــدف

استطلاع العلاقة بين معتقداتهم حول محل التحكم في الصحة ومعتقداتهم الـصحية حـول التدخين.

حيث أجروا مسح مستعرض طباقي عنقودي متعـدد المراحـل وشـامل لجميـع القطاعات لعدد "1798" من الكويتيين الذكور البالغين 18 عام فأكثر، وذلك باستخدام مقياس المعتقدات الصحية حول التدخين و استبيانات للحصول على المعلومات الشخصية للعينة.
وقد بينت نتائج الدراسة:

- غير المدخنين لديهم معتقدات صحية أفضل عن مضار التدخين بالمقارنـة مـع المدخنين.

- وجود علاقة سلبية قوية بين محل التحكم في الصحة وبين المعتقدات الصحة عن مضار التدخين بين غير المدخنين والمدخنين السابقين، ولكن ليس بين المدخنين الحاليين.
(حنان السيد بدر وفيليب مودي،2005).

*** الدراسة الثانية:**

عرضت بالمؤتمر الدولي للصحة والبيئة والتنمية بالإسكندرية سنة 1996 حول "مـدى تأثير معلومات ومعتقدات السيدات وحالتهن الصحية في نمط ترددهن لرعاية الحمل" وذلك بهدف :

- تحديد العلاقة بين معلومات ومعتقدات السيدات الحوامل عن عوامل الخطـورة أثناء الحمل ونمط ترددهن لرعاية الحمل.

شملت عينة البحث سيدات حوامل في الثلاث الشهور الأخيرة مـن الحمـل (240 سيدة) وجمعت البيانات بمراجعة السجلات الطبية و المقابلة الشخـصية للـسيدات ومـلأ استمارة استبيان.

أظهرت نتائج الدراسة:

- افتقار معلومات السيدات لعوامل الخطورة أثناء الحمل.

- ظهر عدم وعيهن بحقيقة حالتهن الصحية الحرجة.

وجد أن السيدات اللاتي يعرفن العدد المثالي للتـردد لرعايـة الحمـل والتوقيـت الصحيح للزيارة الأولى واللاتي يدركن خطورة حملهن أكثـر تـردد لرعايـة الحمـل. (ملخصات أبحاث منشورة،2009/12/04).

*** الدراسة الثالثة:**

في دراسة أجراها كل ارتيـر، بلـيم، لوسـتيتر وآخـرون (,Arthur w, blume Lostutter). حول المعتقدات الصحية المتعلقة بسلوك شرب الكحول والنتـائج المترتبـة عنها، وذلك سنة 2003، وكان الهدف الأساسي منها هو محاولة إيجاد العلاقة بين الفعالية الذاتية وبين النتائج المترتبة عن سلوك شرب الكحول بالاعتماد على نمـوذج المعتقـدات الصحية العام، مستعينين على أدوات بحث مخصصة لغرض الدراسة ألا وهي: DSM-IV وذلك للكشف عن خصائص الإدمان على الكحول، مقياس الكحول الذي يظهـر النتـائج الحالية لمؤسسيه (Miller, Tonigan & Longabaugh 1995)، ومقياس التقدير (Blume& Marlatt 2000)، وذلك على عينة مكونة من حوالي "113 " مشارك .

وكانت النتائج هذه الدراسة :- توجد علاقة ارتباطيه ايجابية دالة إحصائيا بـين الكفـاءة الذاتية وبين سلوك شرب الكحول.(Arthur. W et all., 2003)

*** الدراسة الرابعة:**

وفي دراسة أجراها كل من ليسلي، اليسون، وكريستوفر (,Allison, Christopher Leslie)، حول الجنس، المعتقدات الصحية، السلوك الصحي وسلوك شرب الكحول، وذلك سنة 1990، هدفها اختبار مدى فعالية تأثير استهلاك الكحول من خلال نموذج المعتقـدات الصحية مع مراعاة الفروق بين الجنسين، مستعينين على أدوات بحث مخصصة لغـرض الدراسة وهي: قياس استهلاك الكحول عن طريق طرح أسئلة دقيقة ومحددة حول كميـة

وتكرار استهلاك الكحول خلال الأسبوعين الأخيرين، ومقياس حول المعتقــدات الــصحية الذي يعرف كذلك بمقياس الصحة العام. وذلك على عينة مكونة من حوالي 41104 فرد.

وكانت النتائج الدراسة كالآتي:

– وجود علاقة ارتباطيه دالة إحصائيا بين سلوك استهلاك الكحول وبــين نمــوذج المعتقدات الصحية مع ملاحظة بعض الفروق بين الجنسين. (Allison.M et all., 1998)

*** الدراسة الخامسة:**

وهي دراسة لجونسون، ماكليود وليام، لورا كينيدي، ماكليود كاثرين، C. Shanthi. Johnson, William McLeod, Laura Kennedy, Katherine McLeod ، حول المعتقدات الصحية وترقق العظام بين الشباب وكبار السن من كلا الجنسين، حيث كان الهدف منهــا المقارنة بين المعتقدات الصحية وانتشار عوامل الخطر المرتبطة بهشاشة العظــام عبــر الفئات العمرية من(18–50)، (50 فأكثر) مع مراعاة الفروق بين الجنسين.

وقد استخدمت هذه الدراسة تصميم مستعرض على عينة تتكون من" 300 " مشارك تمثل كلا الجنسين عبر ثلاث فئات عمرية (18–25)، (30–50)، (50 فــأكثر) مــستعينين بمقياس المعتقدات الصحية.

حيث توصلت الدراسة إلى النتائج التالية:

– وجود فروق ذات دلالة إحصائية في مقياس المعتقدات الصحية تعــزى لمتغيــر السن، حيث أن الأفراد أصغر سنا لديهم حساسية مدركة أقل من الأفراد الأكبر سنا.

– وجود فروق ذات دلالة إحصائية لأفراد العينة في مقياس المعتقــدات الــصحية تعزى لمتغير الجنس، حيث أن النساء لديهم حساسية مدركة أكبر من الرجال لجميع الفئات العمرية.

– وجود فروق ذات دلالة إحصائية لأفراد العينة في مقياس المعتقـدات الـصحية تعزى لمتغير المستوى التعليمي، حيث أن ذوي المستوى الجامعي لديهم حساسية أكبر من ذوي المستوى الثانوي.

وخلصوا الباحثين إلى أن نموذج المعتقدات الـصحية أساسـي لتغييـر الـسلوك ولمواجهة والتصدي للتهديدات الصحية. (C. Shanthi Johnson et all., 2007)

*** الدراسة السادسة:**

وهي دراسة أجراها لكل من آن هاس، أندرو سـتبتيو، جـايمس... Anne Hasse, Andrew Steptoe, James F...

حول قلة النشاط البدني والسمنة والمعتقدات، حيث كان الهدف منها الكـشف عـن العلاقة بين قلة النشاط البدني والسمنة والمعتقدات الصحية باختلاف الثقافـات ومـستوى التنمية الاقتصادية.

حيث قاموا بإجراء مستعرض على عينة تتكون من "19298" بين طلاب الجامعات من 23 دولة مختلفة في الثقافة ومستوى التنمية الاقتصادية، واستعانوا في جمع البيانـات باستبيان متعلق بالنشاط البدني واستبيان المعرفة الصحية بالإضافة إلى مقياس المعتقـدات الصحية باستخدام المنهج الوصفي الارتباطي لتحليل البيانات.

وتوصلت الدراسة إلى النتائج التالية:

– توجد علاقة ارتباطية قوية بين المعتقدات الصحية والسلوك الصحي بـاختلاف الثقافات.

– توجد علاقة ارتباطية قوية بين المعتقدات الصحية والانتشار الخمول في وقـت الفراغ باختلاف التنمية الاقتصادية بين البلدان.

– توجد علاقة ايجابية بين المعرفة الصحية واحتمال النشاط البدني في وقت الفراغ بارتفاع المعتقدات الصحية.(Anne Hasse et all.,2004)

- الدراسات التي تناولت السلوك الجنسي الآمن والمعتقدات الصحية :

*** الدراسة الأولى:**

هي دراسة لكيربي جاكسون Kirby Jackson، حول استخدام نمـوذج المعتقـدات الصحية (HBM) للتنبؤ بسلوك المراهقين وذلك في سنة 1991، حيث كان الهدف منها هو التنبؤ بنوايا المراهقين حول تبنيهم سلوكيات ممارسة الجنس الآمن وذلك باستخدام نموذج المعتقدات الصحية لتلاميذ المدارس من كلا الجنسين.

وقد استخدمت هذه الدراسة تحليل التباين الخطي لجمع معلوماتها باعتمادهم علـى المنهج التجريبي مستعينين بجمع البيانات عن طريق أخذ عينات عشوائية طبقيـة حيـث ولدت عينة من الصف السابع، الصف التاسع والحادي عشر، بالإضافة إلى اعتمادهم على نموذج المعتقدات الصحية.

حيث توصلت الدراسة إلى النتائج التالية:

- أفرز نموذج المعتقدات الصحية 43% من التباين في نوايا الصف السابع لتبنيهم سلوك جنسي آمن.

- أفرز نموذج المعتقدات الصحية 27% من التباين في نوايا الصف التاسع لتبنيهم سلوك جنسي آمن.

- أفرز نموذج المعتقدات الصحية 17% من التباين في نوايا الصف الحادي عـشر لتبنيهم سلوك جنسي آمن.

حيث أشارت نتائج هذه الدراسة إلى ضرورة اللجوء للبـرامج التثقيفيـة لطـلاب الصف الحادي عشر لتشجيعهم على ممارسة الجنس الآمن مع تركيز هذه البرامج علـى الحوافز المتصلة بالصحة بين الطلاب كبار السن.

وأكدت هذه الدراسة على أهمية استخدام النماذج النظرية وعلـى رأسـها نمـوذج المعتقد الصحي في إجراء البحوث الصحية و التربوية في مجال التثقيف الصحي.

(Kirby Jackson,1991)

*** الدراسة الثانية:**

وهي دراسة لصفاء طميش تناولت المعتقدات والسلوكات الجنسية في المجتمع الفلسطيني في الضفة الغربية وغزة، وهذا بهدف استكشاف المفاهيم والمعتقدات الجنسية الخاطئة لدى طلبة الجامعة وتزويد الطلبة بمعلومات علمية عن المفاهيم والمعتقدات الجنسية.

حيث صممت الباحثة استمارة بحث يتم تعبئتها من قبل طلبة الجامعات المكونين من "1000" طالبة وطالب تراوحت أعمارهم بين 18 إلى 50 سنة بالإضافة إلى ورشات عمل من إعداد الباحثة عن الأمراض الجنسية المعدية.

وقد كانت فرضيات البحث كالتالي:

– ستكون المواقف الجنسية للطلبة الذين سيشاركون في ورشات العمل أكثر إيجابية من مواقف الطلبة الذين لم يشاركوا.

– هناك علاقة طرديه بين المعتقدات والمواقف الجنسية لطلبة الجامعات.

– وقد دلت نتائج الدراسة على أن:هناك علاقة طرديه بين المعلومات و المواقف الجنسية لدى المشاركين في ورشات العمل.

هناك علاقة طرديه بين المعتقدات والمواقف الجنسية لطلبة الجامعات. (صفاء طميش،2003) .

02– تعليق وتعقيب على الدراسات السابقة :

إن الدراسات السابقة التي تمكنا من الإطلاع عليها ساعدتنا في تكوين تصور شامل لموضوع الدراسة، ومن خلال استعراض الدراسات السابقة وجدنا أن:

– الدراسة الأولى والثانية والثالثة التي تناولت السلوك الجنسي لم تتطرق إلى دراسة علاقة السلوك الجنسي ببعض المتغيرات الشخصية.

- اقتصرت أيضا على دراسة السلوك الجنسي لاكتشاف أسـباب تزايـد انتـشار مرض الإيدز ومستوى الوعي حول المرض بالنسبة للدراسة الثالثة، حيـث أن الدراسـة الأولى اقتصرت على عينة من الذكور فقط ولم تتطرق إلى دراسته لدى عينة من الإنـاث فالسلوك الجنسي يعتبر محصلة علاقة جنسية بين الذكر والأنثى.

- نتائج الدراسة الأولى والثانية كانت عبارة عن سرد لمجموعة آراء واعتقـادات الأفراد حول أسباب تزايد مرض الإيدز وعن استخدام الواقي الجنسي والسلوكيات الجنسية الأكثر شيوعا، عكس الدراسة الثالثة التي تطرقت إلـى تـأثير العوامـل الديموغرافيـة والاقتصادية بجمع معلومات عن خصائص المشاركين.

- أما بالنسبة للدراسات التي تناولت المعتقدات الصحية فبـالرغم مـن اخـتلاف منطلقاتها وأهدافها فهي توحي بصفة غير مباشرة عن وجود علاقة بين المعتقدات الصحية والسلوك الصحي ومستوى إدراك الفرد لها.

- كما اقتصرت الدراسات العربية على استخدام الاستبيان كأداة لجمع المعلومـات ولم تجتهد بتصميم مقاييس خاصة بمتغيرات الدراسة باسـتثناء "دراسـة مـودي" التـي استخدمت مقياس المعتقدات الصحية للمدخنين.

- كما أن الملاحظ أيضا أن المقاييس المستعملة لقياس المعتقدات الصحية والسلوك الجنسي قد تم تطبيقها على عينات أجنبية وهذا يعني أنها غير معدة للبيئة العربية.

- افتقار الباحثين العرب إلى مقاييس صممت من طرفهم خاصة المعتقدات الصحية أو السلوك الجنسي، وهذا عكس الدراسات الأجنبية التي اجتهد بعـض باحثيهـا لتـصميم بعض المقاييس المتعلقة بمتغيرات الدراسة كدراسة" أرتير بليم وآخرون" ، " ليسلي أليسون وآخرون"، " جونسن وآخرون"، " آن هاس وآخرون"، وهذا على حـسب مـا جـاء فـي الدراسات المعروضة سابقا.

- تطرقت معظم الدراسات التي تناولت المعتقدات الصحية إلـى دراسـة علاقـة المعتقدات الصحية ببعض المتغيرات، ولم تتطرق إلى دراسة تأثيرها في سـلوك الأفـراد باستثناء الدراسة الثانية والرابعة.

- يلاحظ على أغلب الدراسات تركيزها في البحث على السلوك الجنسي علـى حدى والمعتقدات الصحية ببعض المتغيرات. ولم تطرق إلى دراسة العلاقة بين المعتقدات الصحية والسلوكيات الجنسية سواء الآمنة أو الخطرة، باستثناء دراسة "كيربي جاكسون" ودراسة" صفاء طميش"، حيث أكدت كيربي جاكسون على أهمية استخدام النماذج النظرية المستندة في إجراء البحوث الصحية والتعليمية.

- تطرقت كل الدراسات الغربية إلى مراعاة الفروق في ضـوء متغيـر الجـنس، السن، المستوى التعليمي، المستوى الاقتصادي. على عكس الدراسات العربية التي أغفلت هاته الفروق، ولكن بالرغم من مراعاة البحوث الأجنبية لهاته الفروق لكنها لم تتطرق إليها كلية بل اكتفت بدراسة بعض الفروق في الدراسة الواحدة على حساب الفروق الأخـرى. وهو ما جعلنا نتجه حول هذه الوجهة ومنه تم استنباط فرضياتنا.

مما سبق يتضح أن معظم الدراسات السالفة الذكر علـى الـرغم مـن اخـتلاف منطلقاتها وأهدافا قد بينت وجود علاقة بين المعتقدات الصحية والسلوك الصحي الذي من بينه السلوك الجنسي الآمن، بالإضافة إلى وجـود فـروق فـي العوامـل الديموغرافيـة والاجتماعية والاقتصادية.

أما عن الدراسة الحالية فهي تحاول التأكد من حقيقة وجود العلاقة بين المعتقـدات الصحية والسلوك الجنسي الآمن ومعرفة الفروق في مقياس المعتقدات الصحية ومقيـاس السلوك الجنسي الآمن لدى عينة من المتزوجين تعزى لمتغيرات الجنس، السن، المستوى التعليمي، المستوى الاقتصادي، بالاعتماد في جمع المعلومات على المنهج الوصفي وعلى

تصميم مقياسي" المعتقدات الصحية والسلوك الجنسي الآمن"، وذلك بهدف الحصول علـــى معلومات دقيقة ومفصلة حول موضوع الدراسة.

الإطار النظري

الفصل الثاني المعتقدات الصحية

تمهيد

أولا: المعتقدات

ثانيا: نموذج المعتقدات الصحية

ثالثا:المعتقدات الصحية وعلاقتها بالجانب الصحي

خلاصـــة

تمهيد:

تعتبر المعتقدات من المنظومة المتداخلة من المشاعر والمدركات التي يحملها الفرد تجاه موضوع معين أو موقف معين، لذلك فقد حظي موضوع المعتقدات بوجه عام باهتمام علماء علم النفس الاجتماعي في العديد من" القضايا السياسية الاقتصادية، والاجتماعية والدينية..." ، وامتد هذا الاهتمام ليمس الموضوعات والمجالات المتعلقة بالصحة وسلوكها، لينشأ نموذج المعتقدات الصحية في بداية الخمسينات، الذي أعتبر من النماذج النظرية الأكثر شيوعا في الأوساط الصحية، حيث يعتمد عليه وإلى حد كبير في تفسير بعض الممارسات الصحية والوقائية، وتسعى هذه النظرية إلى تحديد المبادئ التي تتحكم في سلوك الفرد الوقائي، وتحاول التنبؤ بتصرفاته في المواقف الصحية المختلفة مما سيساهم في جعل البرامج الصحية الوقائية أكثر دقة وفعالية في التنفيذ.

وقبل التطرق إلى نموذج المعتقد الصحي الذي هو موضوع الدراسة والذي سيتم تناوله في هذا الفصل من حيث نشأته، والمفاتيح النظرية للنموذج، وكيفية تفسيره بالإضافة إسهاماته في مجال الصحة والانتقادات الموجه للنموذج.

تجدر الإشارة أولا إلى معرفة مفهوم المعتقدات بصفة عامة وخصائصها وأنواعها.

أولا: المعتقدات : la croyance

تعتبر المعتقدات مصطلح غامض بوجه خاص في التراث النفسي إذ أنه غالبا ما يحدث بينه وبين مفهوم المعرفة والاتجاه خلط، وغالبا ما يشار إلى المعتقدات على أنه معرفة، فحين أن المعتقد قد ينشأ أو يوجد في غياب المعرفة.

وقد حاول العديد التميز بين المعتقدات والاتجاهات حيث أوضحوا أن الاتجاهات أكثر وجدانا والمعتقدات أكثر معرفة.

01- مفهوم المعتقدات:signification de croyances

يعرفه كريتش وكرتشفلد (Krech & crutchfield,1948): « بأنه تنظيم يتسم بالثبات للمدركات والمعارف حول جانب معين من عالم الفرد، أو هو نمط المعاني لمعرفة الفرد حول شيء محدد».(عبد اللطيف محمد خليفة، 1998).

ويعرفه فيشباين وآجزن (Fishbein & Ajzen,1975): « بأنه المعلومات والمعارف التي توجد لدى الشخص عن موضوع الاتجاه. بمعنى أن المعتقد يربط بين موضوع ما وخاصية معينة تميز هذا الموضوع » .

ويعرف روكيتش(Rokeach,1980) المعتقد على أنه:« توقع يتعلق بوجود كائن ما، أو بتقديم معين، أو عادات معينة، أو قضايا أمرية ناهية، أو وقائع سببية». (معتز سيد عبد الله،2001).

ويعرف أيضا المعتقد على أنه:« عبارة عن وضعية فكرية أين يختار ضمنها الفرد موضوع معين بطريقة خاصة على حسب القواعد التي تحكمه». (.Bergson)

ومما سبق يتضح لنا أن:

☜ المعتقدات هي التقييمات الإيجابية أو السلبية التي يقوم بها الناس نحو الأشياء والتي تكون أشياء ملموسة، أو أشخاصا، أو أفكارا موجودة، أو مواقف ووجهات نظر حول

شيء معين، كما تعتبر وحدات البناء للاتجاهات، بمعنى أن مجموعة المعتقدات تشكل اتجاهات الفرد نحو الشيء. (Dole & Sinatra., 1994)

02- خصائص المعتقد: particularités de croyance

للمعتقد عدة خصائص يلخصها عبد اللطيف محمد خليفة (1998) فيما يلي:

- المعتقدات عبارة عن معاني يضيفها الفرد لمدركاته.
- المعتقدات مكتسبة، يكتسبها الفرد من خلال تفاعله مع بيئة.
- تمتاز المعتقدات بالثبات النسبي عبر الزمن.
- يمكن أن ترتبط المعتقدات بجانب معين من حياة الفرد، كما يمكن أن ترتبط بعدة جوانب في نفس الوقت.
- يرتبط مفهوم المعتقدات بتوقعات الفرد وتقييمه للأمور.
- يعكس مفهوم الفرد تصورات الفرد ومدركاته وطبيعة معرفته، وبهذا فإن المعتقدات تعتبر من العوامل الأساسية المتحكمة في سلوكيات الأفراد واستجاباتهم للمثيرات المختلفة.
- يمكن الاستدلال عن طبيعة المعتقدات من خلال حديث الفرد وطريقة تفكيره، وهي تقترن عادة بعبارة: " أنا أعتقد". (عبد اللطيف محمد خليفة، 1998).

03- أنواع المعتقد: les différentes croyances

للمعتقدات عدة أنواع نذكر منها:

- **المعتقد الديني la croyance religieuse:** يعرف المعتقد بأنه أول أشكال التعبيرات الجمعية التي خرج من حيز الانفعال العاطفي إلى حيز التأمل الذهني، ويبدوا أن توصل الخبرة الدينية إلى تكوين المعتقد هو حاجة سيكولوجية ماسة، لأن المعتقد هو الذي يعطي للخبرة الدينية شكلها المعقول، الذي يعمل على ضبط وتقنين أحوالها.

وتحدث هناك فترة صراع بين ما يراه الفرد غيبيا صعب التفسير فيصنفه في عقله على أنه قدسي، خارج حدود السيطرة وبين ما يثيره هذا المقدس من انفعالات تحاول التأمل والتفسير والكشف والتوصل إلى حقائق معينة، إلى حين يتولد عن هذا مخاض ما يدعى بالمعتقد الذي تشترك الجماعة في صياغته وهو محاولة دمج أو تصالح الإنسانية مع الخارج المقدس بالإحساسات والانفعالات، وهنا يتم فرز موضوعات معينة، أو خلق شخصيات وقوى معنوية، تستقطب الإحساس بالمقدس، وتجتذبه إلى خارج النفس وبذلك تتكون الصيغ الأولية للمعتقدات، وتدلف إلى ذلك الهيكل السامق الذي ندعوه الدين. (فراس السواح، 1994).

والمعتقد الديني شأن جمعي بالضرورة، وهو يوضح العلاقة والصلة بين عالم المقدسات، وعالم الإنسان الدنيوي المادي، ويرسم صورا ذهنية لعالم المقدسات والذهنيات والأفكار التي غالبا ما تصاغ في شكل صلوات وتراتيل.(فراس السواح، 1997).

– **المعتقد الشعبي la croyance populaire** : ويعرف المعتقد الشعبي على أنه ظاهرة اجتماعية تنتج من تفاعل الأفراد في علاقاتهم الاجتماعية، وتصوراتهم حول الحياة والوجود، وقوى الطبيعة المخيفة، والمسيطرة أو المتحكمة في تسيير الحياة الكونية لأسباب عديدة أهمها: التراكم الاجتماعي للعادات والتقاليد والأفكار، فيصبح المعتقد ذا قوة آمرة قاهرة، فهو يأمر في حالة الإيجاب، ويقهر في حالة السلب.(حسن الباش وآخرون).

يختلط مفهوم المعتقد الشعبي بمفهومه الأسطوري بحيث لا يمكن دراسة المأثور الشعبي بمعزل عن جذوره ودلالته، ولا يسمى المعتقد شعبيا إلا إذا ارتبط بأصله الأسطوري أو الميثولوجي.

وتدل صفة الشعبية على المعتقدات التي يؤمن بها الشعب فيما يتعلق بالعالم الخارجي، والعالم فوق الطبيعي. (محمد الجوهري، 1993) .

– **المعتقد المعرفي la croyance cognitive** :المعتقدات المعرفية كما تحدد من قبل علماء النفس التربويين، هي معتقدات عن طبيعة المعرفة والتعلم، ولكن ليس بحس أو اتجاه فلسفي صارم، ويعتبر "بري Perry" هو الرائد في صياغة المعتقدات المعرفية داخل علم النفس التربوي وهو يعتبرها بعدا معقدا و فرديا.(Schommer, 1998).

وترى هوفر: أن المعرفة الشخصية هي مجموعة محددة من الأبعاد الخاصة بالمعتقدات حول المعرفة والتعلم والمنظمة كنظريات والتي تتقدم في اتجاهات قابلة للتنبؤ بها بشكل عقلي، وتنشط في السياق، وتعمل بطريقة معرفية وما وراء معرفية. (Hofer, 2008).

ويختلف الباحثون في تناول مفهوم المعتقدات المعرفية فمنهم من تناوله على أنه:

أ– بنية نمائية معرفية.

ب– مجموعة من المعتقدات، والاتجاهات، أو الافتراضات التي تؤثر في العمليات المعرفية.

ج– عمليات معرفية في حد ذاتها.(Hofer & pntritch., 1997).

– **المعتقد الصحي la croyance santé**: وهو بدوره ينقسم إلى مفهومين رئيسيين وهما المعتقد الصحي العام وهو ما يهمنا في هذه الدراسة، والمعتقد الصحي التعويضي.

– وتعرف المعتقدات الصحية على أنها:« تصورات وإحساسات خطر أو اعتقادات حول شدة المرض». (Kazarian et Evans.,2001)

– أما المعتقد الصحي التعويضي فيعرفه كل من مارجوري رابيوي وباربال كنوبر (Marjorie Rabiau, Barbel Knaupre) على أنه:« اعتقاد الفرد بقدرته على تغيير أو تعديل سلوك طوعي غير صحي بسلوك آخر طوعي وصحي خلال وقت معين، حيث ترتبط الطواعية هنا بمدى إرادة الفرد على ضبط نفسه». (Marjorie Rabiau et all., 2006).

ثانيا: نموذج المعتقدات الصحية modèle des croyances de santé

01- تطور نموذج المعتقدات الصحية:évolution des croyances de santé

طور نموذج المعتقدات الصحية في الخمسينات من قبل علماء النفس الاجتماعي. (Irwin Rosenstock. Godfrey Hochbaum .stephen kegels) ، الذين كانوا يعملون في مصالح الخدمات الصحية في أمريكا.

لذلك فالنموذج طور ردا على فشل برامج الصحة في علاج مرض السل، وفي ذلك الحين زود برنامج فحص السل للبالغين بأشعة الفحص السينية "X" في الوحدات المتنقلة المتواجدة في الأماكن التي يعاني أفرادها من ارتفاع عدد الإصابة بمرض السل.

فلاحظ Hochbaum أن الأكثرية من سكان الحي لم يخرجوا لإجراء الفحوصات بالأشعة السينية "X"، فبحث عن أسباب امتناع البعض من الخضوع للكشوفات بواسطة أشعة "X"، وعن الأسباب التي حفزت البعض لإجراء الفحوصات.

فوجد بأن خطرهم المحسوس للمرض ومن العدوى ومخاطر الأشعة "X" كانت من بين العوامل الحاسمة في سلوكهم.

ومنذ ذلك الحين عرف نموذج المعتقدات الصحية (HBM) بدايات ظهوره، حيث بدأ يكيف ويطور لاستكشاف السلوكات الصحية طويلة المدى، وقصيرة المدى، بما فيها سلوكات المخاطر الخبيثة وانتشار مرض السيدا (AIDS).(LorraineM-Reiser ,2007)

بحيث قدم النموذج في البداية مع أربعة مفاهيم أساسية

- سهولة التأثير المحسوسة.
- الشدة المحسوسة.
- المنافع المحسوسة أو المدركة.
- الحواجز أو الموانع المدركة أو المحسوسة.

وفي سنة 1988 أضيف مصطلح جديد للمعتقدات الصحية وهو مفهوم فاعلية الذات، وذلك نظرا لدوره في تدعيم تغيير العادات السلوكية غير صحية " كالتدخين". (Carolina Werl.)

02- المصطلحات المفتاحية لنموذج المعتقدات الصحية: Les termes clés du modèle de croyances de santé

حسب نموذج المعتقدات الصحية فإن احتمال تبني سلوك وقائي بالنسبة للفرد يتم تحديده انطلاقا من أربعة أنواع من الإدراكات أو المعتقدات.

1- الهشاشة المدركة:La vulnerabililte perçue

أو القابلية للإصابة حيث يحس الفرد أنه هش تجاه واحد أم عدة أمراض.

2- الخطورة المدركة:La gravité perçue

تقويم مرض أو عدة أمراض على أنه جاد مرض السرطان مرض خطير.

3- المكاسب (الفوائد المدركة): Les benefices perçue

الاعتبار والإيمان بأن بعض الإيجابيات (المكاسب) يجب أن تقترن ببعض السلوكيات الصحية، على سبيل المثال (التوقف عن التدخين يسمح بالحصول على بعض المدخرات).

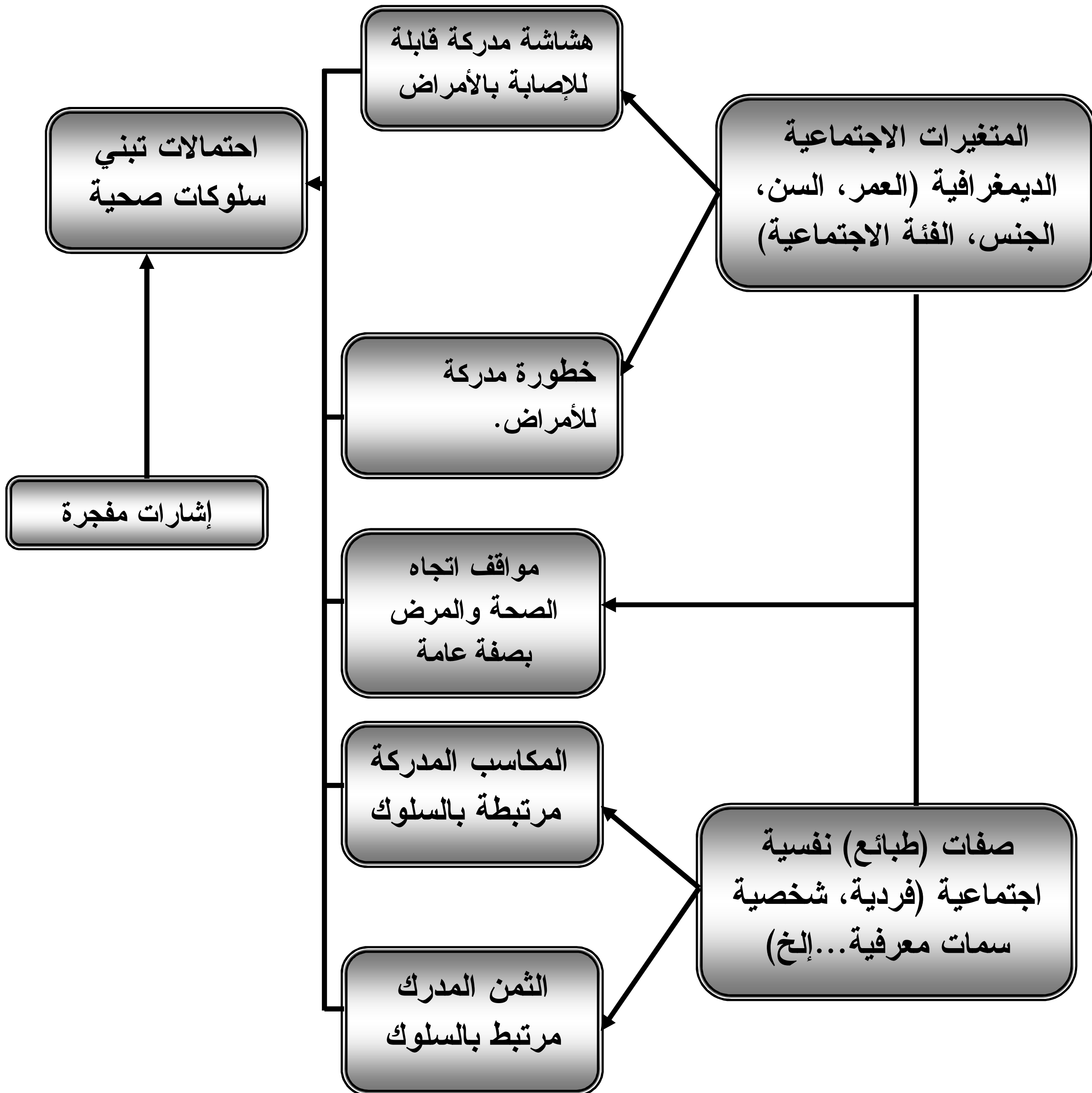
4- ثمن العائق ثمن المدرك:Les coûts obstacles et perçue

الاعتقاد بأن بعض السلبيات تقترن بتبني سلوكيات صحية مثل (التوقف عن التدخين سيجعلني فرد قلق.). (Marilou Bruchon, 2002)

- وتمت مراجعة واستكمال هذا النموذج من طرف (مينام وبيكر Mainman et Becker) حيث أضافا دور مواقف الأفراد Les attitudes des individus التي تحدد بمستويين وهما:

- المستوى الاجتماعي الديموغرافي.
- المستوى الفردي.

- ومؤخرا تم إدماج أثر بعض الإشارات المفجرة.Signaux déclencheurs للصياغة النهائية للنموذج(H .B.M) كل هذه العوارض تم تمثيلها في الشكل رقم (01) .



الشكل (01): يوضح نموذج اعتقاد الصحة

(Marilou Bruchon, 2002)

وللربط بين الأنواع المختلفة للتصورات والسلوك الصحي المتوقع يأخذ بعين الاعتبار.

- المتغيرات الديموغرافية: (مثل العمر، الجنس، العرق، المهنة).
- المتغيرات الاجتماعية والنفسية: (مثل الحالة الاجتماعية، الاقتصادية، الشخصية واستراتيجيات المواجهة).
- إدراك الكفاءة: (تقييم الفرد لذاته من القدرة لتبني السلوك المطلوب بنجاح). (Gale Encyclopaedia of public health, 17/01/2010).

☞ ووفق لنموذج المعتقدات الصحية فإن المعرفة فيما إذا كان الفرد سيقوم بممارسة السلوك الصحي يمكن أن تتحقق من خلال معرفة عاملين، هما: الدرجة التي يدرك فيها الفرد بأنه معرض على المستوى الشخصي لتهديد صحي، وإدراك الفرد بأن ممارسات صحية معينة ستكون فعالة في التقليل من هذا التهديد.

03- المدركات المتعلقة بالتهديد الصحي: Perceptions de la menace pour la santé

إن مدركات الفرد المتعلقة بما يمكن أن يتعرض له من تهديد صحي على المستوى الشخصي تتأثر على الأقل بعوامل رئيسية ثلاثة هي:

أ-القيم الصحية العامة: وهذه تتضمن الاهتمام والحرص على الصحة.

ب-المعتقدات المحددة:والتي يحملها الفرد بخصوص إمكانية إصابته باضطرابات محددة.

ج-المعتقدات حول النتائج: والتي تترتب على التعرض للاضطراب، أي ما يتعلق باحتمال ما يمكن أن يتسبب أولا يتسبب عن التعرض للاضطراب من مخاطر.

وبذلك فان الناس، على سبيل المثال، قد يغيرون من نظام تغذيتهم ليحصلوا على أطعمة فيها نسبة متدنية من الكولسترول إذا كانوا يقيمون الصحة تقيما كبيرا، ويشعرون بالتهديد بسبب احتمال الإصابة بأمراض القلب، وإذا اعتقدوا أن أمراض القلب تشكل خطرا شديدا. (شيلي تايلور، 2008).

- **تخفيف التهديد المدرك:** إن المعتقدات التي يحملها الشخص حول دور الفحص الصحي في تقليل التهديد يمكن تقسيمها أيضا إلى فئتين من العوامل هي:

- هل يعتقد الفرد بأن للممارسات الصحية فوائد قيمه وفاعليه في تخفيف الاصابه بالأمراض ؟

- أو هل تفوق تكلفه القيام بهذه الفحوصات الفوائد التي يحققها الفحص؟(شيلي تايلور، 2008).

فالشخص الذي يشعر بأنه معرض للإصابة بالسكتة القلبية، على سبيل المثال، وعليه أن يغير نظام غذائه، ولكنه يعتقد بان تغيير نظام غذائه وحده قد لا يقلل من مخاطر الإصابة بالسكتة، وان التغيير قد يتدخل بدرجة كبيرة في سعادته، سوف يعد سلوك التغير غير مسوغ ، لذا فإن الاعتقاد الذي يحمله الشخص حول وجود قابلية كبيرة لديه للإصابة بأمراض القلب لا يكفي لإحداث التغيير إذا كان إيمانه ضعيفا بأن التغيير في نظام التغذية سوف يقلل من الخطر، لذلك فانه لن يقوم على الأغلب بالتغيير. (شيلي تايلور، 2008).

وعلى هذا الأساس، فالنموذج يقترح إمكانية الفرد باتخاذ إجراءات وسلوكيات معينة كالوقاية من المرض وحفاظا على صحته، وأما فيما يتعلق بشروط الصحة فهي محددة برغبة الفرد في اتخاذ الإجراءات الوقائية والمنافع التي ستترتب على هذه الإجراءات فالنموذج يقيم أيضا إدراك الفرد لمنافع الكشف والمعالجة من مرض معين.(Strecher, V.J, and rosenstock, L.M., 1997) .

ثالثا:المعتقدات الصحية وعلاقتها بالجانب الصحي Croyances de santé et leur relation à l'aspect de la santé

01- تفسير نموذج المعتقدات الصحية: Interprétation de la santé croyances modèle

طور نموذج المعتقدات الصحية ليفسر وينبئ على وجه الخصوص بالسلوك المتعلق بالصحة.

ووفقا للنموذج، فإن احتمال قيام الشخص بإجراء وقائي يعتمد على عاملين: تقدير التهديد المدرك باعتباره مشكلة صحية، وتقييم إيجابيات وسلبيات اتخاذ إجراءات إزائه.

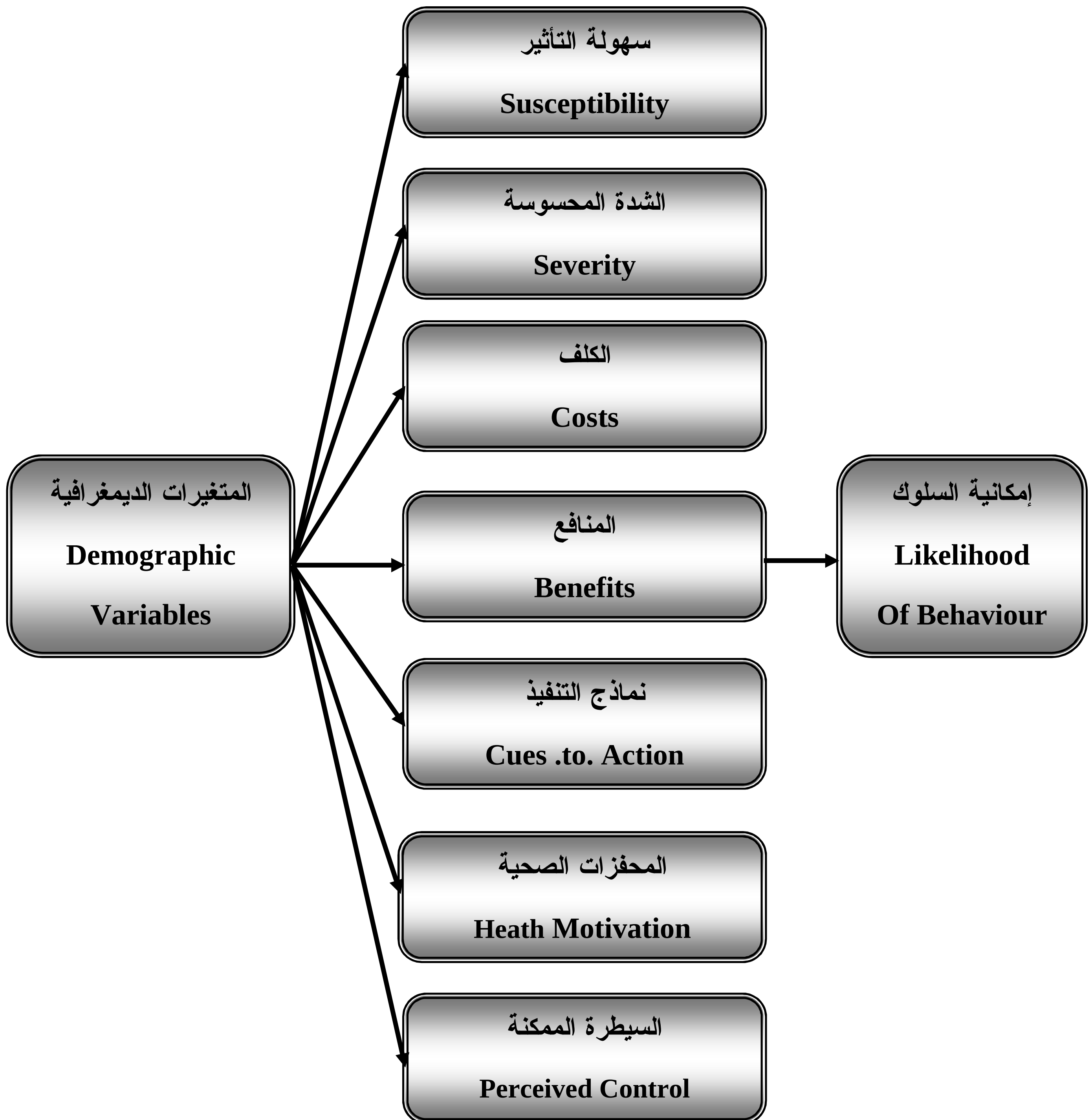
والتهديد المدرك للمرض دالة لإدراك الفرد لخطورة المشكلات الصحية وحساسية إدراكه لها، ومؤشرات اتخاذ قرار بشأنها، وقد تأخذ هذه الأخيرة صورا مثل: حملات وسائل الإعلام، أو خطاب تذكير من الطبيب أو طبيب الأسنان، والأمراض التي تحدث في العائلة، أو إدراك الشخص للأعراض التي تنم عنه، ويتأثر إدراك تهديد المرض بالعوامل الديموغرافية، مثل العمر أو الجنس، والعوامل الشخصية، والمعلومات حول المشكلات الصحية أو التعرض لها.

وأخذا في الاعتبار العوامل الإيجابية والسلبية فيما يختص بالقيام بإجراءات وقائية. يلاحظ أن الناس يفكرون فيما إذا كانت الفوائد المدركة مثل : خفض مخاطر تعرضهم لمشكلات صحية ترجع للعوائق المدركة أو تكلفة اتخاذ هذا الإجراء، وقد تتضمن مثل هذه التكلفة اعتبارات مالية حقيقية، ولكنها قد تتضمن أيضا انشغالات أخرى أقل وضوحا، مثل الوقت المنفق، وبالتالي فإن الأشخاص الأكثر ميلا لاتخاذ إجراءات وقائية هم أولئك، الذين يشعرون أنهم مهددون بمرض ما، ويشعرون أن مزايا المراجعة الطبية أرجح من التكلفة. (ليندزي وبوال،2000).

وهكذا فحسب نموذج المعتقدات الصحية (HBM) ينفذ السلوك الوقائي عندما تكون شدة المرض وخطورته مرتفعين ويكون الاستعداد المدرك (احتمالية المرض) لذلك المرض عالي، وتكون الفوائد المتوقعة من ممارسة السلوك الوقائي معتبرة. ويتم تنفيذ مثل هذا السلوك على وجه الخصوص عندما يتوفر عدد من بعض الشروط التالية:

- عندما يدرك ويقتنع الفرد أن عدم ممارسته للنشاط الصحي الوقائي يعرضه لخطر الإصابة بمرض.
- قد تكون هناك عواقب وخيمة لامتناع الفرد عن اتخاذ إجراءات وقائية.
- أن تكون هناك فوائد متوقعة تعقب اتخاذ إجراءات وقائية وتكون الفوائد المتوقعة أهم بكثير من التكلفة.
- أن تتوفر قناعة ذاتية، أن ممارسة النشاط الوقائي ستسفر على النتائج الإيجابية المتوقعة.
- أن تتوفر دوافع داخلية وخارجية تغذي السلوك الصحي الوقائي وتعززه. (عثمان يخلف، 2001) .

وفيما يلي مخطط يبين أهم عناصر نموذج المعتقدات الصحية العام، وذلك حسب النموذج الذي قدمه بيكر Becker 1977.



الشكل رقم (02): مخطط يبين أهم عناصر نموذج المعتقدات الصحية العام

(Jane Ogden,2007)

02- إسهامات نموذج المعتقدات الصحية في مجال الصحة: Contributions à la santé croyances modèle dans le domaine de la santé

تجدر الإشارة هنا إلى أن هذه النظرية المعرفية كانت لها مساهمة كبيرة في تفسير السلوك الوقائي وفهمه، كما أنها طبقت في مجالات صحية شتى كتلك التي تتعلق بالتطعيم ضد الشلل ونظافة الأسنان وسلامتها، والوقاية من ظاهرة ارتفاع ضغط الدم وظاهرة التدخين، والفحوص الطبية.

وقد توصل كل من بيكر وجانز " Janz , Bicker" إلى أن معظم البحوث والدراسات التي استعملت هذا النموذج النظري للتنبؤ بالسلوكيات الوقائية قد وجدت أدلة قاطعة تثبت وجود علاقة وطيدة بين إدراك الخطر من جهة، والسلوك الصحي من جهة أخرى، أي انه كلما توفرت قناعة لدى الفرد حول استعداده لمرض معين وتعرضه لخطر الإصابة به كلما أقبل على ممارسة سلوكيات وقائية، ولعل ما يقترحه هذه النموذج المعرفي والعلمي من أفكار هامة وتصورات عملية مفيدة وحلول مناسبة هي تلك المتعلقة بوضع استراتيجيات وقائية فعالة للتصدي للمشكلات الصحية الخطيرة كمرضى الإيدز والسرطان مثلا أو سلوك الإدمان على المخدرات أو أمراض القلب المختلفة، التي تكاد تعرف كلها انتشارا شبه وبائي في مجتمعاتنا هذه الأيام. (عثمان يخلف، 2001).

وقد خلص عدد كبير من الدراسات إلى أن نموذج المعتقد الصحي يفسر ممارسات الناس للعادات الصحية بشكل جيد فعلى سبيل المثال:

- يساعد نموذج المعتقد الصحي على التنبؤ بالممارسات التي تهدف إلى وقاية الأسنان والاعتناء بها.
- فحص الذاتي للثدي.
- الحمية للوقاية من السمنة.

- تجنب السلوكيات التي تعرض الفرد لخطر الإصابة بمرض فقدان المناعة المكتسبة AIDS.

- والاشتراك في ممارسات متنوعة للحفاظ على الصحة.

كما بينت هذه الدراسات أيضا، بأن المعتقدات هي من أقل المحددات تأثيرا في تقرير قيام الأفراد بمراعاة هذه السلوكيات الصحية.

والأهم من ذلك فإن إدراك الفرد للمعوقات التي تمنع ممارسة السلوك الصحي ومدركاته المتعلقة بوجود قابلية لديه لتطوير أمراض معينة، هي من أكثر المؤثرات التي تقرر فيما إذا كان الأفراد سيقومون فعلا بممارسات سلوكية معينة أم لا.

(شيلي تايلور، 2008)

☜ ومما سبق: يتضح لنا أن نموذج المعتقد الصحي لا يساعد فقط في فهم أسباب ممارسة الناس للسلوكيات الصحية، بل يساهم ويساعد أيضا على التنبؤ ببعض الظروف التي يغير فيها الناس من سلوكياتهم المرتبطة بصحتهم.

03- الانتقادات الموجهة لنموذج المعتقدات الصحية: La critique du modèle de croyances sur la santé

على الرغم من الإمكانية التطبيقية للنموذج والبحوث التي حفزها إلا أنه لا يسلم من النقد، مثال ذلك أنه:

1- لا يضع في الحسبان السلوك المتعلق بالصحة مثل:" غسيل الأسنان، الذي يقوم به الناس بشكل معتاد".

2- لا توجد طريقة معيارية لقياس مكونات في النموذج، مثل:"الحساسية المدركة أو الخطورة"، ولا شك أن هذا الأمر هو المسؤول عن النتائج المتباينة في مجال الدراسات، وحقيقة أن تأييد نموذج المعتقدات الصحية لم تجمع عليه كل الدراسات.

3- لا يضع النموذج في الحسبان حقيقة أن تكلفة ومزايا تعديل السلوك يمكن أن تتباين عبر الزمن.

بالإضافة إلى أن النظرية تفترض عقلانية اتخاذ القرار أي أن الناس يقومون بتقييم المخاطر الطبية المتضمنة في سلوك معين، وتعديل سلوكهم وفقا لذلك بعناية، ولهذا وكما توحي العديد من الدراسات فإن اتخاذ الناس للقرارات يميل إلى الانحراف عن العقلانية وتشير الكثير من نتائج البحوث إلى أن الناس متفائلون فيما يخص بصحتهم بشكل غير واقعي ولديهم خبرة ضئيلة بالتهديدات الصحية، ونحن نعطي تقييما أقل لاستهدافنا للمرض، أو نجد أنه من الصعب تصور ما يمكن أن يكون عليه مرض خطير، والواقع أن تعديل السلوك يحدث غالبا نتيجة لعوامل أقل تحديدا. (ليندزي وبوال، 2000).

خلاصــــــة:

قد يكون المعتقد صحيحا أو خاطئا، سلبي أو إيجابي لذلك وفي كلتا الحالات، فإن المعتقدات تبقى معلومة مبنية وفق منهج وخطوات خلال زمن معين، لذلك فهدم معتقد خاطئ أو سلبي أصعب من بناء معتقد صحيح إيجابي، إذ أن هذه المعتقدات تعبر عن مجموعة المعارف والاتجاهات والتصورات والمدركات والمعلومات التي توجد لدى الفرد والتي من خلالها نستطيع أن نتنبأ بسلوك الفرد.

لذلك أعتبر نموذج المعتقدات الصحية من أكثر الاتجاهات النظرية تأثيرا في تفسير السبب الذي يدفع الأفراد إلى ممارسة السلوك الصحي لأن المعتقدات التي يحملها الفرد حول دور الفحص الصحي في تقليل التهديد يمكن تقسيمها إلى فئتين من العوامل هي:

- اعتقاد الفرد بمدى احتمال إصابته بالمشكل الصحي وإدراكه للخطر المحدق به بمعنى أنه يقدر المشكل الصحي ونتائجه المحتملة إذ لم يستعد للمواجهة.

- واعتقاده أيضا بأن للممارسات الصحية فوائد قيمة وفعالية في تخفيف الإصابة بالأمراض، إذ أن السلوك الوقائي لا يمكن أن ينفذ إلا إذا أدرك الفرد أن الفوائد كبيرة ستتتبع نشاطه تفوق تكلفة القيام بالنشاط الوقائي.

الفصل الثالث:السلوك الجنسي الآمن

تمهيــد

أولا: علم الجنس

ثانيا: السلوك الصحي

ثالثا: السلوك الجنسي الآمن

رابعـا: الأمراض التناسلية الناتجة عن الاتصال الجنسي غير الآمن

خامسا: علاقة المعتقدات الصحية بالسلوك الجنسي الآمن

خـلاصــة

تمهيـــــــد:

أعتبر السلوك الجنسي الآمن وغير آمن كغيره من السلوكيات الصحية أو الخطرة التي يكتسبها الفرد نتيجة خبراته الشخصية أثناء تفاعله مع الآخرين ومع ما يحيط به من بيئة فيزيقية واجتماعية واقتصادية وأكاديمية، هذا لأن الطبيعة الجنسية تحكمها عدة عوامل منها:« العوامل التشريحية والفسيولوجية وكذلك العوامل البيئة والاجتماعية المحيطة بالفرد ودرجة تفاعله وعلاقته بالآخرين، بالإضافة إلى خبراته وتجاربه الحديثة»، لذلك فإن ما يتطلبه الجنس الآمن يتجاوز مجرد عملية تعريفه أو توجيه سؤالين أو أكثر لتحقق الوقاية المطلوبة بعدها، فالتدخلات الرامية إلى زيادة الممارسة الجنسية الآمنة بحاجة لأن تتعامل مع عدة جوانب فهناك: المعرفة بعلم الجنس، والتربية الجنسية، والسلوكيات الصحية بالإضافة إلى الثقافة الجنسية بالأمراض التي يمكن أن تنتقل عن طريق الاتصال الجنسي غير آمن وعلى هذا الأساس قدم هذا الفصل ليربط في الأخير بين السلوك الجنسي الآمن والمعتقدات الصحية.

أولا: علم الجنسSexologie

01- تطور مفهوم علم الجنس:L'évolution du concept de la sexologie

إذا طرحنا السؤال التالي: ما هو علم الجنس؟ سيجيب معظم الناس المتعلمين بأنه فرع من فروع الطب قاصدين بذلك علم الجنس المرضي على الأرجح. في حين أن مصطلح" علم الجنس" حمل منذ نشأته معنى اصطلاحيا، بل حتى موسوعيا بين عدة فروع معرفية.

ففي عام 1909 وفي معرض تعليق على كتاب "فوريل" "المسألة الجنسية"، تساءل الكاتب والناشر الروسي المعروف " فاسيلي روزانوف" لماذا لم يفكر ولا ألماني واحد حتى الآن، مع ما يعرف عند هذا الشعب من حب للتنظير والتصنيف، بمصطلح" علم الجنس" كعلم خاص (عن الجنس) أو(الأجناس).

وفي عام 1907 وفي كتاب "الحياة الجنسية في الوقت الحاضر وعلاقتها بالثقافة المعاصرة ". اقتراح " بلوخ " إنشاء علم جديد عن الجنس مشيرا إلى أن هذا العلم يجب أن يجمع معطيات كل العلوم المتعلقة بالإنسان كالبيولوجيا العامة وعلم نشوء الإنسان وعلم الأعراق والسلالات والفلسفة وعلم النفس والطب والتاريخ والأدب والثقافة.

وفي عام 1908 أسس"هيرشفليد" أول مجلة جنسية في العالم.

وفي عام 1918 أسس أول معهد لعلم الجنس "المركز العلمي التثقيفي للإرشاد والعلاج"، لكن مأثرة "هيرشفليد" الهامة حيث كان أول من استعمل الاستفتاءات الجنسية الشاملة من نموذج الاستمارة.

ففي عام 1903 وزع رسائل بدون توقيع تحمل سؤالا صغيرا عن الحياة الجنسية على ثلاثة آلاف طالب، تلقى منها 1756جوابا، ورغم عدم اكتمال الطريقة فإن المعلومات التي حصل عليها ما زالت تستخدم في وقتنا الحاضر لغرض المقارنة، كما قدمت العلوم الإنسانية في بداية القرن العشرين دفعا جديدا لعلم الجنس السريري، كما لوحظ بوضوح

في أعمال " هيفلوك إيليس" الذي يعتبر من أعظم ممثلي الاتجاه الموسوعي في علم الجنس إعادة توجيه نظرية علم الجنس من البيولوجيا لجهة علم النفس حيث قدم دراسة مؤلفة من سبعة مجلدات: بعنوان" بحوث في علم النفس الجنس" (Studiesin the psychologie of sex) . (إ- س - كون، 1992).

ويعرف علم الجنس على أنه:« الدراسة المنظمة العقلانية للإنسانية وشبيهاته من الحيوانات العليا من الناحية الجنسية، وذلك بدراسة الخصائص البيولوجية لهذه الأنواع ودراسة سلوكها الجنسي العام وكيفيته ودراسة إحساسها به». (نفيسة الجعلي، 2010/12/22)

02- الصحة الجنسية:La santé sexuelle

لقد أصبح من المؤكد اليوم أكثر مما مضى أن المشكلات في مجال الجنسية الإنسانية هي ذات تأثير كبير الأهمية على صحة الفرد الجسدية والنفسية وعلى شعوره بالرضا والسعادة وأن هناك روابط شديدة بين الجهل الجنسي والتصورات الخاطئة حول الجنس وبين المشكلات والاضطرابات الصحية المختلفة.

وقد اهتمت منظمة الصحة العالمية بهذه العلاقات ووضعت تعريفا للصحة الجنسية حددته كما يلي:

«الصحة الجنسية هي تكامل الوجوه الجسدية والعاطفية والفكرية والصحية لرفاه الجنسي، الذي تثرى وتنمو من خلاله الشخصية والعلاقات بالناس والقدرة على الحب عند الفرد بالمعنى الإيجابي».

ويحتوي هذا التصور على ثلاثة عناصر أساسيه:

1- القدرة على السلوك التكاثري والجنسي وفقا للمعايير الدينية والاجتماعية والأخلاقية والشخصية السائدة في كل مجتمع.

2- التخلص من القلق والخجل والذنب والتصورات الخاطئة والعوامل النفسية الأخرى التي تكف الحياة الجنسية وتلحق الضرر بالعلاقات الجنسية.

3- الخلو من الاضطرابات والأمراض والعيوب الجسدية التي تلحق الضرر بالوظائف الجنسية والتكاثرية.

ويرتبط تحقيق هذا التصور بشروط محددة مثل: توفير المعلومات الأساسية حول الوجوه البيولوجية والنفسية وحول النمو الجنسي والتكاثر الإنساني وتنوع السلوك الجنسي واضطرابات الوظائف والأمراض الجنسية، وتوصيل هذه المعلومات بالطريقة العلمية المناسبة وفي الوقت المناسب. (سامر جميل رضوان، 2009).

03- الجنس، وجهة نظر تشريحية sexe, et du point de vue anatomique

3-1- الجهاز التناسلي عند الذكر:Les organes génitaux masculins

أ- الأعضاء التناسلية الخارجية عند الذكر:

تعتبر الأعضاء التناسلية الخارجية جزءا متمما للجهاز التناسلي لدى الرجل وفي ما يلي وصف لهذه الأعضاء وطريقة عملها.

- **كيس الخصيتين (الصفن) Scrotum** : الصفن هو كيس جلدي يحتل كل منطقة العجان لدى الرجل، ويتدلى أمام الجزء العلوي من الفخذين، جلدته رقيقة، حساسة، ذات لون قاتم نوعا ما، ويكسوها شعر قليل عموما، بحيث يبلغ معدل طول الصفن 10 سم وتحتوي كل حجرة من حجرتي الصفن على خصية وملحقاتها وتكون الخصية اليسرى أكثر انخفاضا من اليمنى.

- **الخصية Testiculaire**: هي غدة بيضاوية الشكل، ذات لون أبيض مائل للزرقة بطول 45 ملم، وعرض 30 ملم، وسماكة 25 ملم. تغطي سطحها الأملس قشرة ليفية غير سميكة.

-**القضيب Pénis** : هو عضو أوحد، وسطي، ينطلق من الزر البولي التناسلي في أسفل البطن تحت العانة، ويتكون القضيب من جسم اسفجني يحتوي على الإحليل (مجرى البول)، بحيث يغطي بجلدة رقيقة، حساسة لها لون جلد الجسم نفسه، وينتهي جلد القضيب

عند قاعدة الحشفة بطيه زائدة تغطى الحشفة، ويتخذ القضيب طول بشكل عام من 9-11 سم ويزداد طوله عند الانتصاب ليبلغ ما بين 12- 18 سم تقريبا.

ب- الجهاز التناسلي الذكري الداخلي:

ينقل الجهاز التناسلي الذكري الحوينات المنوية من الخصيتين إلى طرف القضيب الذي يطلقها خارجا في لحظة القذف.

-**البربخ Épididyme** : يتكون البربخ من اجتماع القنوات المنوية يغطى طرفه الغليظ الطرف الأعلى للخصية، ثم ينحدر على سطحها الخلفي وصولا إلى طرفها الأدنى.

-**القناة الموصلة Canal conducteur** : يقع القسم الأول من القناة الموصلة داخل كيس الخصيتين ويشكل مع الطرف الغليظ للبربخ ما يسمى ملحقات الخصية، وتترافق القناة الموصلة مع عدد من الشرايين والأوردة (البربخية الخصوية) فتشكل معها حبلا واحد تبدوا الخصية وكأنها معلقة فيه، وهو الحبل المنوي.

ويبلغ الطول الإجمالي للقناة الموصلة 35-45 سم وهي ذات لون أبيض ضارب إلى الزرقة.

- **الحوصلات المنوية Vésicules séminales**: من الجهة الخلفية للمثانة، يمكن رؤية الحويصلتين الموصليتين في وضعهما العمودي وفي حال من الالتحام بالحويصلتين المنويتين، وبعد التحامها بالحويصلة المنوية تأخذ القناة الموصلة اسم القناة القاذفة.

- **البروستات La prostate** : هي غدة تخترقها القنوات القاذفة، وتحيط بالقسم الأولي من الإحليل لها شكل حبة كستناء ضيقة في طرفها الأسفل، والبروستات رمادية اللون مطاطية، ملساء يبلغ طولها 30 ملم، وعرضها 40 ملم، وسماكتها 25 ملم غير أن هذه الأبعاد ليست ثابتة، وهي تتغير مع التقدم في العمر ويفرز البروستات سائل يصب في الإحليل من خلال مجاري بروستاتية متعددة، وتعتبر الحويصلتان الموصلتان

والحويصلات المنوية بمثابة خزانات للسائل المنوي الذي يحتوي على الحوينات المنوية السابحة في السائل البروستاتي.

- **الإحليل (مجرى البول) Urètre** : هو القسم الأخير من المجاري التناسلية لدى الرجل يشار هنا إلى وجود غدتين صغيرتين تحت البروستات مباشرة، هما غدتا كوبر، اللتان تفرزان في الاحليل بضع قطرات من سائل قلوي يخفف حموضة البول بعد اختراقه البروستات من أعلى إلى الأسفل، واستقباله القنوات القاذفة والقنوات البروستاتية، يتجه الإحليل إلى الأمام ثم يصعد إلى ما تحت العانة محاطا بجسم إسفنجي ذي خاصية انتصابية. (جون كهن وآخرون.،2005).

3-2- الجهاز التناسلي عند الأنثى: Les organes génitaux féminins

أ- الأعضاء التناسلية الخارجية:

يتألف جهاز المرأة التناسلي من العانة وهو في أسفل البطن، ثم الشفرتان الكبيران وهما ثنيتان جلديتان تمتدان من الخط الفاصل للأعضاء الداخلية في الجهاز، وهما بحكم وضعهما يحميان أعضاء الجهاز الداخلية وداخل الشفرتين الكبيرين يوجد شفران صغيران أقل صلابة من الشفريين الكبيرين يطوقان مدخل الجهاز التناسلي ويأتي بعد ذلك البظر الذي يقع في النهاية الخلفية للشفرتين الكبيرتين ويشبه القضيب عند الذكر وهو مركز الحساسية عند المرأة ويختلف عن القضيب بصغر حجمه وخلوه من أي قناة. (مجموعة من الأطباء وعلماء النفس ،2010/02/05).

ب-الجهاز التناسلي الأنثوي الداخلي:

- **المبيض L'ovaire** : وهو الغدة التناسلية لدى الأنثى، فله إفراز خارجي وهو إنتاج الخلية التناسلية الأنثوية (البويضة) بمعدل بويضة كل شهر.

أما الإفراز الداخلي الهرموني فهو بدوره مزدوج، هرمون الإستروجين(Oéstrogéne) الذي يفرزه الجريب، وهرمون البروجسترون (Progestérone) الذي يفرزه الجسم الأصفر

هذان الهرمونات يؤثران في مجمل جسم المرأة كله ويحافظا على خصائصها الجنسية الثانوية.

- **قناتا الرحم- قناتا فالوب Trompes de Fallope:** هما قناتان تصلان المبيض بالرحم وتسمحان للبويضة بالانتقال من المبيض إلى الرحم، ويبلغ طولها أي القناة الواحدة حوالي 10-12سم، وقطرها حوالي 4ملم تتسع فوهتها لجهة المبيض، فتأخذ شكل قمع مسنن الفوهة، يسمى البوق.

- **الرحم Utérus:** هو عبارة عن كيس عضلي، على شكل إجاصة مقلوبة، يقع خلف المثانة يتكون من جزء علوي، وهو جسم الرحم، الذي يبلغ طوله حوالي 5- 6 سم وعرضه 3.5- 4 سم وسماكته 3سم ومن جزء سفلي هو عنق الرحم بطول 2-2.5سم وعرض مشابه وظيفة الرحم هو استقبال البويضة الملقحة.

- **المهبل Vagin:** هي عبارة عن قناة (مجرى) تصل عنق الرحم والأعضاء التناسلية الداخلية بالعضو التناسلي الخارجي، يبلغ طول المهبل حوالي 7- 10 سم وعرضه حوالي 3-5 سم هذه المقاييس تختلف من امرأة إلى أخرى وبتأثير الولادات. يكتسي المهبل بغشاء مخاطي وردي شاحب، ذي طيات أفقية مجردة من الغدد، أما النسيج تحت المخاطي فهو كثير الأوعية الدموية. (جان كهن آخرون.، 2005).

☜ إن التعرف إلى تكوين الجهاز التناسلي لدى الذكر والأنثى يعتبر جزء هام من التربية والثقافة الجنسية للأفراد.

04- فيزيولوجيا الجنس : Physiologie du sexe

يقسم علماء فسيولوجيا الجنس آلية الجماع إلى أربعة مراحل أساسية هي: مرحلة التهيج الجنسي، مرحلة الهضبة، مرحلة الشبق، ومرحلة التصريف.

- **مرحلة التهيج الجنسي Excitement phase:** تبدأ هذه المرحلة في القشرة المخية وذلك عندما يفكر الشخص بالجنس، وبالطبع فإن وجود الشريك أو الشريكة المناسبة يسرع من آليات تطور العمليات المختلفة من هذه المرحلة، وباختصار شديد، في الذكر يزداد ورود الدم إلى الأنسجة الكهفية للقضيب، فتنتفخ جيوبه الوريدية بالدم وينتصب القضيب وتتصلب بنيته، ويزداد حجم الخصيتين لزيادة ورود الدم إليهما أيضا وترتفع الخصيتان إلى الأعلى كنتيجة مباشرة لقصر الحبل المنوي Spermatic cord .

أما في الأنثى، فيزداد ورود الدم إلى المهبل، وزيادة ورود الدم إلى المهبل تسبب احتقان وعائي ينتج عنه إفرازات مهبلية غزيرة تسهل وجود طريق زلق لدخول القضيب، ويزداد ورود الدم إلى البظر Clitoris وإلى شفرتي الفرج فتمتلئ أوعيتهما الدموية ويحتقنان بالدم ويزداد حجمهما وتتصلب حلمة الثدي وتنتصب، وفي كلا الجنسين يزداد معدل خفقان القلب ويزداد معدل ضغط الدم.

ويساهم في الوصول إلى قمة هذه المرحلة من التهيج الجنسي التحضير الذهني الجيد والمداعبات والملامسات الجسدية مع الشريك، ويتم تنظيم هذه المرحلة والإشراف على آلياتها من قبل الجهاز العصبي الذاتي وتعصيبه للأعضاء التناسلية المختلفة.

- **مرحلة الهضبة Plateau phase:** وفي أثناء هذه المرحلة تزداد كثافة التهيج الجنسي مع استمرار وجود المشاعر الجنسية المتنامية، ويزداد الاحتقان في الأعضاء التناسلية، ويزداد التوتر في العضلات Myotonia ، ويرتفع الضغط الدموي أكثر من ذي قبل، ويرتفع أيضاً كل من معدل التنفس ومعدل خفقان القلب، وفي الأنثى يتم توسع

الثلثين الأماميين من المهبل كما يستطيل المهبل قليلاً، ولكن الثلث الأخير من المهبل يضيق، أما في الذكر فيصل حجم القضيب إلى أقصى حد له.

– **مرحلة الشبق Orgasm phase:** في أثناء الجماع يتم إيلاج القضيب في المهبل، ويتم تتابع عملية الإيلاج والانسحاب بحركات إيقاعية تزيد من درجة احتكاك حشفة القضيب مع جدران المهبل الأمر الذي يصل بعملية التهيج الجنسي إلى ذروة توهجها ويتوجها حدوث الشبق Orgasm حيث تبلغ النشوة الجنسية ذروتها ويزول التوتر الجنسي فجأة، وفي الذكر يحدث الشبق لحظة انقباض القنوات الناقلة للسائل المنوي ولحظة تدفق هذا السائل في مهبل الأنثى وهي فترة تمتد لبضع ثواني، وفي أثناء الشبق يتضاعف كل من عدد مرات التنفس ومعدل خفقان القلب كما يصل ضغط الدم إلى أعلى قيمه طبيعية له، وفي المرأة يحدث الشبق Orgasm بطريقة مماثلة لما يحدث عند الرجل إذ تحدث انقباضات إيقاعية في جدران المهبل ولاسيما العضلة العانية العصعصية Pubococcygeus وكذلك عضلات الرحم والقناة الرحمية، وكما هي الحال عند الرجل يرتفع معدل التنفس ومعدل خفقان القلب وضغط الدم بشكل حاد ويشير علماء الجنس إلى أن تنبيه البظر يعتبر أحد مفاتيح وصول المرأة إلى حد الشبق، كما دلت الأبحاث على أن الانقباضات العضلية عند المرأة في أثناء الجماع تساعد في نقل المني باتجاه الرحم.

– **مرحلة التصريف Resolution phase** : وفي هذه المرحلة تتراجع الأعضاء المنتصبة ويزول التوتر العضلي، ويعقب هذه الفترة فترة راحة إجبارية عند الذكر إذ يصعب علية الدخول في مرحلة تهيج جنسي جديد، و تختلف فترة هذه الراحة من شخص لآخر ومن حالة لأخرى، ولم تسجل عند النساء مثل هذه الفترات من الراحة إذ يمكن استجابة المرأة للدخول في تجربة جديدة للممارسة الجنسية تقود إلى الشبق بشكل متكرر طالما هي لديها الرغبة في ذلك. (علي إسماعيل عبد الرحمن،20 /2009/01).

05- التربية الجنسية وأهدافها: L'éducation sexuelle et de ses objectifs

5-1- تعريف التربية الجنسية :

المقصود بالتربية الجنسية، ذلك النوع من التربية التي تمد الفرد بالخبرات الصالحة، والاتجاهات الصحيحة إزاء المسائل الجنسية، بصورة ما يسمح به نموه الجسمي، والعقلي والانفعالي والاجتماعي مما يؤهله لحسن التوافق في المواقف الجنسية ومواجهة المشكلات التي يمكن أن يتعرض لها مواجهة واقعية تؤدي إلى الصحة النفسية من تعليم للناس وتوعيتهم، ومصارحتهم، وخاصة الأطفال.(عثمان الطويل).

لذلك تعتبر التربية الجنسية هي إحدى مجالات التربية التي تتضمن إعطاء الطفل الخبرة الصالحة ولابد من اختيار القدر الملائم منها والوقت والأسلوب المناسب لتناولها. (محمد قاسم عبد الله، 2001).

ويشير عبد الله ناصح: إلى أن التربية الجنسية التي يجب أن يهتم المربون لها ويركزوا عليها تقوم على المراحل التالية:

- في سن ما بين (7-10) سنوات الذي يسمى سن التمييز يلقن الولد فيه آداب الاستئذان، وآداب النظر.

- في سن ما بين (10- 14) سنة الذي يسمى بسن المراهقة يجنب فيه الولد كل الاستثارات الجنسية.

- في سن مابين (14- 16) فما فوق يسمى بسن البلوغ يعلم فيه الولد آداب الاتصال الجنسي مع الاستعفاف. (عبد الله ناصح علوان).

لذلك لا يمكننا اعتبار التربية الجنسية إلا تربية للوظيفة الجنسية بحيث يرى "هيسنار" أن علم الجنس عندما يبلغ أشده، يبدو أنه يتضمن تركيبا من ثلاثة عناصر نفسية أو عوامل تطور هي:

1- قصديه بيولوجية تظهر الميل للرغبة الجنسية.

2- انتقائية نفسية تظهر بالميل إلى تثبت الرغبة التي تولدها الغريزة وذلك وفقا لي اختيار خاص أو ثابت لشخص حقيقي من الجنس الآخر.

3- فاعلية حركة أو موقف عملي يشعر الفرد بسببه إلى ميل جنسي الذي يشجعه على اختيار رفيق من الجنس الآخر فيستعد إلى الفعل المناسب.

فإذا اعتبرنا التربية الجنسية تربية للوظيفية الجنسية، يجدر بنا القبول بحمايتها من المخاطر، وبذلك نفرض عليها نظاما معينا لذلك نرى أن علم الجنس البشري لا يقتصر على وظيفته الجنسية فقط.

هكذا نرى أن التربية الجنسية لها أهمية بالغة في حياة الفرد ومن الصعب أن نتكلم عليها بشكل واف. (موريس شربل).

☜ لذلك فإن مفهوم التربية الجنسية لا يعني فقط مجرد تزويد الأطفال والشباب بالمعلومات عن الحقائق الأساسية عن الحياة والتناسل والممارسة الجنسية بل أن التربية الجنسية الشاملة تنصب على الأبعاد البيولوجية، الاجتماعية، الثقافية، النفسية، والروحية والأخلاقية للجنس والوظيفة الجنسية والسلوك الجنسي.

ووفقا لمعهد المعلومات والتربية الجنسية بالولايات المتحدة الأمريكية فإن محاور التربية الجنسية تشمل الأبعاد التالية:

- حقائق وبيانات ومعلومات.
- مشاعر وقيم واتجاهات.
- مهارات التواصل الفعال.
- صنع واتخاذ قرارات منظمة مسؤولة تتعلق بالسلوك الجنسي. (Haffner,1990)

2-5- أهداف التربية الجنسية:

بناءا على التعاريف السابقة تتحدد أهداف التربية الجنسية الشاملة في النقاط التالية:

- **تقديم معلومات:** لكل الناس الحق في الحصول على المعلومات الدقيقة والصحيحة عن النمو النفسي للإنسان بكافة مظاهره أو أبعاده، التناسل الإنساني الحالة التشريحية لأجهزة البدن ومنها الجهاز التناسلي، فسيولوجيا وكيمياء الدم المرتبطة بالوظائف الحيوية ومنها الوظيفة الجنسية الهرمونات المرتبطة بها، الاستمناء أو العادة السرية أشكالها ومضارها، الحياة الأسرية، الحمل والإنجاب، عملية الولادة مشكلاتها، مفهوم الأبوة والأمومة والتربية الوالدية، الاستجابة الجنسية محدداتها وصيغها وصور الانحراف فيها التوجه أوالميول الجنسية مسارها وانتظامها وتحولاتها، آليات ووسائل تنظيم النسل أو منع الحمل، الإجهاض ضروراته ومحاذيره ومضاره، الإساءة الجنسية، أمراض نقص المناعة الإيدز وغيرها من الأمراض المنقولة جنسيا.

- **تنمية القيم والضوابط المنظمة أو الحاكمة للنشاط أو السلوك الجنسي:** وذلك بأن تقدم التربية الجنسية للأطفال والشباب فرصا للتساؤل والاستفسار والاستكشاف المنضبط بنسق القيم والاتجاهات الناظمة للوظيفة والسلوك الجنسي، والهدف من إتاحة مثل هذه الفرص للاستكشاف أن يفهم الأطفال والشباب، الحياة الأسرية والدين، القيم الثقافية وتنمية قيمهم الذاتية التي تزيد من تقديرهم لذاتهم إضافة إلى تنمية الاستبصارات الخاصة بالعلاقات الاجتماعية المتبادلة مع الجنس الآخر وتفهم مسؤولياتهم الشخصية عن مثل هذه العلاقات.

- **تنمية مهارات العلاقات الاجتماعية الإيجابية المتبادلة:** يمكن أن تساعد التربية الجنسية الأطفال والشباب على اكتساب مهارات التواصل الإيجابي الفعال، صنع واتخاذ القرار، السلوك التوكيدي، مهارات رفض ضغط الأقران، القدرة على إقامة علاقات اجتماعية إيجابية متبادلة مع الآخرين. (Tharinger,1987)

وللتربية الجنسية أهداف تسعى في الوصول إليها:

1- إدراك الآباء والأبناء والمربين مفهوم التربية الجنسية وأهميتها ودورها في توجيه السلوك الإنساني، وتفسيره دون مبالغة أو تفريط.

2- توعية المربين والآباء بمشكلات الشباب الجنسية، كالاستمناء، والزنا واللواط والنتائج الخطيرة المترتبة عليها على مستوى الفرد والمجتمع .

3- تحديد مسؤوليات الآباء والمربين والمناهج الدراسية اتجاه الحياة الجنسية للأبناء وما ينتج عنها من مشكلات.

4- خلق جيل يعتمد على العلم في حياته، ولا يعتمد على الكلمات العابرة أو المعلومات الخاطئة من هنا وهناك بما يتعلق بالحياة الجنسية.

5- تنمية المواقف والاتجاهات الايجابية لدى الجنسين منعا للشذوذ الجنسي.

6- إعداد الفرد ومساعدته في بناء حياة زوجية سعيدة بعيدة عن الفوضى الجنسية.

7- الحصول على نسل ضاج بالصحة والحيوية والسعادة الزوجية. (الحاج علي محمد).

☜ لذلك فالتربية الجنسية تهدف إلى بناء شخصية الفرد على المستوى الجسمي والنفسي والجنسي والأخلاقي والاجتماعي، لتحقيق الأهداف التي يطمحون إليها والقيام بالدور الملائم.

ولا تهدف التربية الجنسية إلى إعطاء المعلومات فحسب، وإنما تتعدى هذا الهدف إلى ما هو أبعد منه، وذلك لإعداد الشباب للتعامل مع مراحل حياتهم الجنسية بنجاح، مما يزودهم بالخبرات الجنسية والاتجاهات العاطفية السامية، والعادات الصحية المفيدة. (ليلى الأحدب،2005).

ثانيا: السلوك الصحي Les comportements de santé

بعد الحرب العالمية الثانية بدأت البحوث العلمية التي تبحث عن العلاقة بين السلوك البشري والصحة حيث لاحظ الأطباء وعلماء النفس والاجتماع ترابط دالا بين بعض الأمراض والسلوك المتبع، كترابط الأمراض التناسلية بالسلوكيات الجنسية غير آمنة والخطرة.

01- مفهوم السلوك الصحي: La notion de comportement de santé

يعد تعريف coll. Kasl (1966): من أشهر تعاريف السلوك الصحي « وهو كل نشاط يقوم به الفرد الذي يعتقد أنه معافى لغرض الوقاية من المرض أو اكتشافه قبل ظهور أعراضه». (Gustave.Nicolas Fischer., 2002)

ويعرفه قوشمان (Gouchman): « على أنه يتمثل في عزو الفرد لمعتقداته وتوقعاته، واندفاعاته وادراكاته، وعناصر معرفية وشخصية أخرى، التي من شأنها أن تساعد في الحفاظ على الصحة، وتجديد الصحة وتحسينها». (David gouchman, 1997)

وقد حدد كل من هاريس Harris وجوتن Guten السلوكيات الصحية بـــ:

- عدم التدخين أو تعاطي الكحول.
- الغذاء وتخفيض الوزن.
- الرياضة.
- استعمال حزام الأمن.
- سلوكيات مواجهة الكرب.
- استعمال الأدوية.
- إتباع التعليمات الطبية.
- النوم.
- استغلال وسائل الرعاية الصحية.

- السلوك الجنسي المناسب.

و**يشير تروشكه** Troshker وآخرون إلى خمسة مستويات من عوامل أنماط السلوك الصحي وهي:

أ- **العوامل المرتبطة بالفرد والبيئة:** كالسن، الجنس، المعارف، الاتجاهات...الخ.

ب- **العوامل المتعلقة بالمجتمع:**كالتعليم،المهنة،الدعم الاجتماعي وتوقعات السلوك.. الخ.

ج- **العوامل الاجتماعية والثقافية على مستوى البلديات:** بمعنى سهولة الوصول إلى المراكز الصحية والتثقيف الصحي...الخ.

د- **العوامل الاجتماعية عموما:** كالعقائد والقيم، الأنظمة القانونية...الخ.

هـ- **عوامل المحيط المادي:** كالطقس والطبيعة...الخ. (سامر جميل رضوان، كونراد ريشكة ،2009/12/22).

02- أبعاد السلوك الصحي: Dimensions des comportements de santé

للسلوك الصحي ثلاثة أبعاد أساسية هي:

- **البعد الوقائيLa dimension préventive** : ويضمن الممارسات الصحية التي من شأنها أن تحمي الإنسان من خطر الإصابة بالمرض كالحصول على تلقيح ضد مرض معين مثلا أو مراجعة الطبيب بانتظام لإجراء الفحوصات الدورية.

- **بعد الحفاظ على الصحة(Le maintien de la santé (Dimension**: ويشير إلى الممارسات الصحية التي من شأنها أن تحافظ على صحة الفرد كالإقبال على الأكل الصحي مثلا أو تنفيذ سلوكيات صحية أخرى منصوح بها.

- **بعد الارتقاء بالصحة(Promotion de la santé (Dimension** : ويشمل كل الممارسات الصحية التي من شأنها أن تعمل على تنمية الصحة والارتقاء بها إلى أعلى مستويات ممكنة من خلال النشاط البدني. (عثمان يخلف ،2001).

03- العوامل المؤثرة في السلوك الصحي: Facteurs influant sur les comportements de santé

توجد عدة عوامل تؤثر وتتأثر بسلوك الفرد فمنها تقود البعض على إتباع نهج صحي في حياته في حين تقود آخرين إلى المجازفة بصحتهم لذا سوف نلقي الضوء على بعض العوامل العامة المتعلقة بهم.

- **العوامل الديمغرافية Les facteurs démographiques** : تختلف العادات الصحية باختلاف العوامل الديمغرافية، فالأشخاص الأصغر سنا، والأكثر ثراءا وتعليما، والأقل تعرضا للضغط والأكثر حصولا على المساعدة الاجتماعية، يمارسون عادات صحية جيدة، أكثر من أولئك الأشخاص الذين يتعرضون إلى مستويات أعلى من الضغط، ولديهم إمكانيات أقل. ومثل هؤلاء الأشخاص هم غالبا ما ينتمون إلى مستويات معيشية متدنية .

- **العمـــــر Âge** : يتغير سلوك الفرد الصحي مع التقدم في العمر، وعموما فالعادات الصحية تكون جيدة في مرحلة الطفولة، وتتدهور في مرحلتي المراهقة والشباب، ثم تعود لتتحسن ثانية في الأعمار المتقدمة.

- **القيـــــم Valeurs** : كما أن للقيم التي يتبناها الأشخاص تأثيرا على العادات الصحية التي يمارسونها، فعلى سبيل المثال، يعد النشاط الرياضي وممارسة التمارين الرياضية من قبل النساء من الأمور المرغوبة في بعض الثقافات، ولكنهما لا يعدان كذلك في ثقافات أخرى مما يؤدي إلى اختلاف نمط النشاط الذي تقوم به النساء في مختلف الثقافات.

- **الضبط الذاتي Auto-Tuning**: إن وجود وعي لدى الفرد بأن وضعه الصحي يتقرر بما يمارسه من ضغط ذاتي على سلوكه، له دور في تقرير العادات الصحية التي يتبعها فعلى سبيل المثال ، بينت الأبحاث التي قام بإجرائها وولستون ورفاقه مستخدمين مقياس مصدر الضبط الصحي لتحديد المدى الذي وفقه يعد الأشخاص أنفسهم قادرين على التحكم بوضعهم الصحي، أو يرون أن وضعهم الصحي يتقرر بفعل تحكم الآخرين من المتنفذين

أو تقرره عوامل المصادفة بشكل رئيس، فتبينوا بأن الأشخاص الذين يحملون قناعات مسبقة بأن وضعهم الصحي يخضع لسيطرتهم الذاتية، يكون لديهم قابلية لممارسة العادات الصحية الجيدة، من ألئك الذين يعتقدون بأنهم لا يملكون السيطرة على وضعهم الصحي.

- **المؤثرات الاجتماعية Les effets sociaux** : ويمكن أن تتدخل التأثيرات الاجتماعية في تقرير العادات الصحية التي يتبعها الفرد، فالأسرة والأصدقاء والزملاء في مكان العمل يمكن أن يؤثروا جميعا في تقرير العادات الصحية التي يتبعها الفرد، وأحيانا يكون هذا التأثير بالاتجاه الإيجابي، وفي حالات أخرى يكون في الاتجاه السلبي، فالضغوط التي يمارسها الرفاق على سبيل المثال، غالبا ما تقود إلى تعلم المراهقين التدخين، ولكن الضغوط الاجتماعية قد تؤدي إلى ترك عادة التدخين في سن الرشد.

- **الأهداف الشخصية Les objectifs personnels**: ترتبط العادات الصحية الاجتماعية ارتباطا وثيقا بالأهداف الشخصية، فإذا كان تحقيق اللياقة البدنية يشكل هدفا مهما بالنسبة للفرد، فإنه سيكون أكثر ميلا لممارسة الرياضة على أساس منتظم مما لو لم تشكل اللياقة البدنية هدفا ذاتيا مهما بالنسبة له.

- **الأعراض المدركة Les symptômes de la perception** : يحدث التحكم فـي بعـض العادات الصحية بسبب وجود بعض الأعراض التي تدعوا إلى إتباع عادات صحية معينة، فقد يتحكم المدخنون بتدخينهم بسبب الحساسية التي يسببها لهم التدخين، فالمـدخن الـذي يعاني من السعال في الصبح ومن آلام الحلق، قد يتوقف عن التدخين، بسبب اعتقـاده أن التدخين هو السبب في تعرضه إلى المشاكل الصحية التي يعاني منها في تلك الفترة.

- **إمكانية الوصول إلى مؤسسات الرعاية الصحية L'accès aux institutions de soins de santé**: كما أن سهولة الوصول إلى المؤسسات المكلفة بتقديم الرعاية الصحية يؤثر أيضا في الممارسة الصحية التي يتبعها الفرد، فإجراء الفحوصات الطبية المنتظمة للكشف المبكر عن أمراض السل، وإجراء الاختبارات للكشف المبكر عن أمـراض الـسرطان

والتصوير الطبقي للثدي، وتطعيم الأطفال الصغار من الأمراض المعديـــة، مثـــل شـــلل الأطفال، هي أمثلة عن السلوكيات التي ترتبط بشكل مباشر بالمؤسسات المـــسؤولة عـــن تقديم الرعاية الصحية، وهناك أنماط سلوكية أخرى مثل: فقدان الـــوزن، والتوقـــف عـــن التدخين، قد يتم تشجيعها بطريقة غير مباشرة من مؤسسات الرعاية الصحية، نظـــرا لأن كثيرا من الناس لا يتلقون من أطبائهم إرشادات ونصائح ترتبط بأسلوب حياتهم.

- **العوامل المعرفية Les facteurs cognitifs** : وأخيرا فإن ممارسة السلوكيات الصحية ترتبط بالعوامل المعرفية، مثل الاعتقاد بأن ممارسات صحية معينة ضرورية، أو إحساس الشخص بأنه يصبح عرضة للإصابة بأمراض خطيرة إذا لم يراع ممارسة سلوكيات صحية معينة. (شيلي تايلور،2008).

وفي المقابل تجدر بنا الإشارة إلى تعريف سلوكيات الخطر

04- تعريف سلوك الخطر:La définition des comportements à risque

☜ وهي السلوكيات التي ترفع من احتمال إصابة الفرد بالمرض مثل (التدخين، شرب الكحول، استهلاك كبير للمواد الدسمة أو السكريات...).(Marilou Bruchon-Schueitzer, 2002)

- ويعرف أيضا سلوك الخطر على أنه :« كل سلوك محفوف بالمخاطر والذي يعتمد على جميع الممارسات التي تشكل خطرا على الصحة العقلية والجسدية للأفراد حيث أن بعض هذه السلوكيات يمكن أن تؤثر سلبا على صحة الآخرين».(Entre prise et prevention , 2004)

ثالثا: السلوك الجنسي الآمن le comportement sexuel sécurisé

01- تعريف السلوك الجنسي:La définition du comportement sexuel

- يفهم مصطلح السلوك الجنسي في ثلاث محاور :

- الحركات والاستجابات التي تمكن من الإخصاب، وهذا يشمل التعريف القديم الناتج من ملاحظة أن هذه الحيوانات تنقسم إلى إناث وذكور تتكاثر جنسيا، ولكن التزاوج في الإنسان مبرمج مثل غيره من الحيوانات، ويعتمد عنده على الاكتفاء الفردي وهو هدف اجتماعي بغض النظر عن وظيفة الإخصاب.

- كل تصرف أو استثارة تؤدي إلى استجابة تظل غامضة، ولذلك فمن المستحسن الكلام عن السلوك الجنسي بدون الإشارة على معناه.

- هذا التعريف يستعمله الباحثون الذين يهمهم توصيف ما يفعله الناس قبل التأمل في لماذا قاموا بذلك؟

وهذا التعريف قاد إلى دراسة كل أنواع النشاط الجنسي لدى البشر والتي تـشمل: الاستثارة الجنسية، الجنس المثلي، الجنس الكلاسيكي. (نفيسه الجعلي،2010/12/22).

02- مفهوم الجنس الآمن: La notion de rapports sexuels protégés

ويعرف الجنس الآمن على أنه مجموعة من الممارسات التي ينبغي إتباعها من أجل تجنب أو تقليل مخاطر التعرض لعدوى الأمراض التناسلية المتنقلة عبر الجنس (STDS) التي تنتج عن طريق ممارسة العملية الجنسية، ويطلق على الجنس الآمن أيضا الجنس المحمي وأصبحت هذه الكلمة أكثر تداولا في أواخر الثمانيات نتيجة لانتشار وباء مرض الإيدز، حيث كان التبني لتنفيذ بعض الإجراءات الوقائية تتبع مع ممارسة الجنس كإستراتيجية لتقليل مخاطر الضرر الذي من الممكن أن يتعرض له الإنسان من جراء هذه العملية الحيوية التي لا يستطيع الاستغناء عنها كغريزة طبيعية وفطرية خلق بها.

وإذا كان هناك مفهوم الجنس الآمن متواجد بيننا إلا أنه يعد محاولات لتقليل مخاطر الإصابة بالعدوى وليس لمنعها كليا.

إذ يشير مصطلح الجنس الآمن بشكل أدق إلى الاختبارات والسلوكيات التي من شأنها خفض وتقليل خطر الإصابة بالأمراض المنتقلة عبر الجنس، وذلك من خلال تقليل الشركاء الجنسين مع الاستخدام الصحيح والمستمر للواقي (الذكري والأنثوي).

(UNAIDS -UNICEF, 2005)

☜ ومن خلال هذا التعريف يتضح أن مفهوم الجنس الآمن يقوم على فكرة عدم تبادل سوائل الجسم أثناء العملية الجنسية لأنها المسؤولة عن انتقال العدوى من شخص لآخر.

03- تعريف السلوك الجنسي الآمن: Définition d'un comportement sexuel sécurisé

هو مجموع من الممارسات الجنسية الآمنة التي من شأنها أن تحمي أو تحافظ على صحة الأزواج" كاستخدام الواقي الجنسي، الانسحاب قبل القذف، الخضوع للفحوصات والاختبارات الدورية للتأكد من الخلو من الأمراض التناسلية،الالتزام بشريك جنسي أحادي ...." والتي ينبغي إتباعها من أجل تجنب أو تقليل مخاطر التعرض لعدوى الأمراض التناسلية الجنسية التي تنتج عن طريقة ممارسة العملية الجنسية.

ولممارسة الجنس الآمن وتجنب الإصابة بأمراض الاتصال الجنسي يجب:

1- اللجوء إلى إجراء الفحوصات والاختبارات للتأكد من أن الشريك لا يعاني من أية أمراض لأنه قد لا تظهر أية أعراض تنبؤ بالإصابة.

2- عدم ممارسة الاتصال الجنسي إذا كان الشريك الآخر يعالج من أمراض تناسلية.

3- غسل الأعضاء التناسلية جيدا بالماء والصابون مع التبول بعد ممارسة الاتصال الجنسي مباشرة فهذا يساعد على التخلص من أي عدوى قبل أن تصيب.

4- تجنب استعمال العقاقير والكحوليات لأنها تذهب بالعقل وتجعل الشخص لا يفكر بل لا يعي ما يقوم به من تصرفات.(الموسوعة الطبية، 2010/02/10).

04- وسائل الجنس الآمن:Moyens de rapports sexuels protégés

أهم شيء يمكن القيام به لممارسة الجنس بشكل امن هو استخدام الواقي الجنسي كل مرة تمارس فيها الجنس، كما أن الواقيات الجنسية يمكنها الحماية من الإصابة بسرطان عنق الرحم والعقم الذين تسببهما الأمراض المنقولة بالاتصال الجنسي.

- **الواقي الذكري Préservatif masculin:** هو عبارة عن غلاف أو غطاء مصنوع من مادة اللاتكس. (عصير لبني تفرزه بعض النباتات)، لكي يقوم بتجميع السائل المنوي إذ يعمل كحاجز يمنع دخول الحيوانات المنوية إلى المهبل، وهو يوضع بإحكام على قضيب الرجل المنتصب قبل الجماع.

ومعظم العوازل الطبية يتم صنعها من أغشية مطاطية رقيقة مزودة بمستودع لتجميع السائل المنوي ذات لون معتم أو شفاف أو ذات ألوان مختلفة ومزودة بمادة مزلقة (زيت السيلكون أو مواد هلامية) ، وملمسها ناعم وباستخدامها بصورة صحيحة عند كل اتصال جنسي فإنه يصبح وسيلة فعالة لمنع الحمل بصورة مقبولة. والواقي الذكري المطاطي هو أيضا وسيلة فعالة للوقاية من انتقال العدوى من الأمراض المنقولة عن طريق الممارسة الجنسية الخطرة. (W.H.O, 2002)

- **الواقي الأنثوي Le préservatif féminin:** يصنع الواقي الأنثوي من مادة ناعمة مرنة من البولي يوريثان وهو مزود بمادة مزلقة ذات قاعدة من السيلكون (ديمثيكون) ويتم وضعه في المهبل قبل الاتصال الجنسي. وهناك حلقة داخلية تستخدم لوضع الواقي والاحتفاظ به في مكانه في الجزء العلوي من المهبل من حلقة خارجية سطحية تغطى الشفرين أثناء الجماع وبعد حدوث القذف. فإن الواقي الأنثوي يحتجز السائل المنوي ويمنعه من الوصول إلى ملامسة عنق الرحم.

وقد أثبتت الدراسات المعملية أن الواقي الأنثوي وسيلة عازلة فعالة ليس فقط للحيوانات المنوية ولكن أيضا للبكتيريا والفيروسات متضمنة فيروس نقص المناعة الآدمي. (population Reports,1999)

☜ لا يتم استخدام الواقي الأنثوي بجانب الواقي الذكري حيث أن الاحتكاك بين المادتين المصنع منها الواقي الذكري والواقي الأنثوي تؤدي إلى انزلاق الواقي الذكري أو تمزقه.

- **الواقي الفموي Préservatif oral**: يتم استخدامه مع الجنس الفموي وهو عبارة عن رقاقة من مادة " اللاتكس" يستعمل كعازل أمان للفم، فقد تم اختبارها من قبل الهيئة الأمريكية للعقاقير وثبت فاعليتها في منع انتقال العدوى بجزئيات الفيروسات إلى الفم. (Ministère des solidarités de la santé et de la famille,2008)

نرى من خلال تعريفنا لهاته الواقيات ما هي إلا عازلات تعمل كوسيلة لمنع الحمل والوقاية من الأمراض التي تنتقل عن طريق الاتصال الجنسي بما فيها عدوى فيروس نقص المناعة الآدمي.

- **مبيد الحيوانات المنوية Le sperme de pesticides** : يحتوي مبيد الحيوانات المنوية على مادة (non oxynd-9) التي تمنع الإصابة بأمراض الاتصال الجنسي، كما تمنع بالمثل حدوث الحمل. وذلك من خلال القضاء على البكتيريا أو الفيروسات التي تسبب أمراض الاتصال الجنسي. (موسوعة الصحة الجنسية، 01/04/ 2009).

كما توجد بعض الطرق تجنب الشريكين تبادل سوائل الجسم، منها المني وإفرازات المهبل أثناء ممارسة الاتصال الجنسي أثبتت فعاليتها نسبيا نذكر منها:

- الانسحاب قبل القذف Retrait avant l'éjaculation: وهو من الوسائل الطبيعية لمنع تبادل سوائل الجسم للتعديل من انتقال العدوى.

- الزواج الأحادي Monogamie: وهو من أكثر الوسائل أمانا للحفاظ على صحة الإنسان من التعرض لأية عدوى وأن يكون للشخص شريك واحد يمكنه السيطرة آنذاك على أي مشاكل صحية قد تظهر، بالإضافة إلى أن المصدر المعروف لأنه واحد فقط، لكن لا يعني خلو هذا الشريك من أي عدوى أيضا.

وهذا بالإضافة إلى بعض الإجراءات :

- اللجوء إلى إجراء الفحوصات والاختبارات للتأكد من عدم الإصابة بالأمراض المتنقلة عبر الجنس لأنه قد لا تظهر أية أعراض تنبؤ بالإصابة.

☜ لذلك فإن السلوك الجنسي الآمن يعتبر تغيير السلوك الجنسي الخطر الذي أضحى من الاستراتيجيات الأولية لمنع الأمراض التي تنتقل بالاتصال الجنسي هذا وقد زاد استخدام الواقي بصورة ملحوظة في المناطق التي كانت هدفا لحملات التسويق الاجتماعي فزيادة استخدام الواقي الذكري يعتبر خطوة في اتجاه تغيير سلوك الرجال بطريقة تؤثر مباشرة على صحتهم وكذلك على صحة شركائهم الجنسيين.

وإن كانت الدراسات تظهر أن نسبة استخدام الواقي الذكري أعلى بكثير خارج نطاق الزواج عنها بين المتزوجين، وأن النساء اللواتي لا يمكنهن القدرة على مناقشة استخدام الواقي الذكري مع شركائهم يكن عرضة لانتقال عدوى الأمراض التناسلية من أوجها. (منتدى الطب والأبحاث العلمية، 2010/05/17).

رابعا: الأمراض التناسلية الناتجة عن الاتصال الجنسي غير الآمن Les maladies vénériennes résultant de contacts sexuels à risque

عدوى الجهاز التناسلي (Rtis) والعدوى المنقولة عن طريق الممارسة الجنسية (Stis) تشكل اهتماما عالميا هاما بالصحة العامة. أكثر من مليون شخص في المتوسط يصابون كل يوم بعدوى منقولة عن طريق الممارسة الجنسية إن زيادة معدل وقوع حالات العدوى المنقولة عن طريق الممارسة الجنسية وعدوى الجهاز التناسلي بين السيدات

المترددات على عيادات أمراض النساء والصحة الإنجابية ورعاية الحوامل تشير إلى فخامة المشكلة، والأشخاص المصابين بعدوى الجهاز التناسلي المنقولة عن طريق الممارسة الجنسية يكونون أكثر عرضة للإصابة بفيروس نقص المناعة (HIV) أو نقل هذا الفيروس للآخرين. والأشخاص المصابين بفيروس نقص المناعة (HIV) معرضين لصعوبة الشفاء من أي عدوى أخرى عن طريق الجنس مما يزيد فرص نقل العدوى بفيروس نقص المناعة (HIV). (W.H.O , 2003)

لذلك تجدر بنا الإشارة إلى تعريف مصطلح الجنس غير الآمن والأمراض المنتقلة عبر الجنس هذا قبل التطرق إلى أنواع الأمراض المتنقلة عبر الاتصال الجنسي غير آمن.

01- تعريف الجنس غير آمن:Rapports sexuels non protégés

يعرف الجنس غير آمن على أنه:« اتصال جنسي غير محمي بدون استخدام واقي ذكري أو أنثوي بشكل مستمر أو بصورة صحيحة، لذلك لا يمكن استخدام مصطلح الممارسة الشرعية للجنس للدلالة على الجنس المحمي، لأن العلاقة الشرعية ليست خالية من الخطورة». (UNAIDS- Unicef, 2005)

02- تعريف الأمراض المنقولة جنسيا: Les maladies sexuellement transmissibles

الأمراض المنقولة جنسيا هي عدوى تحدث نتيجة لقاء جنسي في عدد كبير من الحالات ويطلق عليها أيضا العدوى المنقولة جنسيا. (PRB-Frzaneh Roudi- Fahimi et all., 2008)

☜ ويعرف المرض المنقول بالاتصال الجنسي على أنه عبارة عن مرض يمكن أن يصاب به الشخص في حالة ممارسة الجنس مع شخص مصاب بالمرض.

وهناك أنواع عديدة من الأمراض المنقولة بالاتصال الجنسي غير آمن. (Bc centre for Disease control ,2010)

وعدوى الجهاز التناسلي العدوى المنقولة عن طريق الممارسة الجنسية تتضمن أربعة أنواع من العدوى:

- العدوى التي تؤثر على الجهاز التناسلي.
- العدوى التي تصيب الجهاز التناسلي للسيدات ولا تنتقل عن طريق الممارسة الجنسية، ولكنها تكون بسبب نمو الميكروبات الطبيعية الموجودة في المهبل مثل: التهاب المهبل البكتيري وعدوى الخمائر.
- عدوى الجهاز التناسلي للمرأة نتيجة مضاعفات لإجراءات إنجابية أو عمليات حدثت بالجهاز التناسلي (مثل الولادة أو الإجهاض أو تركيب اللولب أو العمليات الجراحية لأمراض النساء والتوليد).
- عدوى التي تنتقل عن طريق الجنس وتؤثر على أعضاء أكثر من الجهاز التناسلي (مثل عدوى الزهري وفيروس نقص المناعة). (Dalla bettag ,Lagam , et all ., 1997)

وهي التي سوف نتطرق إليها بالتفصيل لاحقا.

☜ تجدر بنا الإشارة هنا إلى أن: بعض الأشخاص المصابين بالأمراض المنقولة بالاتصال الجنسي لا تظهر عليهم أية أعراض على الإطلاق، ولذلك لا يعرفون أنهم مصابون بالمرض. لكن ينبغي أن يراقب كل شخص أية سوائل غير معتادة تخرج من المهبل أو القضيب، أو الشعور بحرقان عندما يتبول أو قرح أو حكة أو ألم أو طفح جلدي على الأعضاء التناسلية أو بالقرب منها،ربما لا تظهر أي من هذه الأعراض وربما يظهر واحد منها فقط،أو عدد منها وهذا في حالة:

- ممارسة الجنس غير آمن (ممارسة الجنس بدون واقي جنسي).
- أن يكون لدى الشخص أكثر من شريك جنسي.
- ممارسة الجنس مع شريك جديد.

- ممارسة شريكك الجنسي للجنس مع آخرين.

- تعاطي الشخص أو شريكه الجنسي المخدرات عن طريق الحقن.

- مشاركة الشريك في الإبر أو المحاقن. (Bc centre for Disease control,2010)

03- أنواع الأمراض المنقولة بالاتصال الجنسي غير الآمن: Types de maladies sexuellement transmissibles par les rapports sexuels non protégés

❖ **مرض السيلان: Blennorragie (gonorrhée)**

الميكروب المسبب للمرض يعرف باسم "نيسييرا جونوري" ويتبع مجموعة من الميكروبات الدائرية السالبة ويوجد في ثنائيات على شكل مجاميع داخل كرات الدم البيضاء في منطقة إصابة الخلايا الصديدية، ومن اسم المرض يتضح أنه يسبب تسيلا وإفرازات من الأعضاء الجنسية الخارجية وغالبا ما يكون لون الإفرازات أصفر مائلا إلى اللون الأخضر، وهذا يدل على كمية الخلايا الصديدية التي يفرزها ي فرزها جسم الإنسان كرد فعل تجاه هذا الميكروب.

- **أعراضه:** من الأعراض المصاحبة للمرض وجود حرقة في أثناء عملية التبول حيث أن الميكروب يصيب الجزء السفلي من نهاية الجهاز البولي الجنسي مع وجود آلام في منطقة الأعضاء الجنسية الخارجية قد يصاحبها وجود حكة واحمرار وتورم في الناطق المصابة. (الأمراض التناسلية،2009/01/22).

❖ **مرض الزهري:La syphilis**

الميكروب المسبب للمرض يعرف باسم " تريبونيما باليدم" وهو من الميكروبات الخطيرة يصعب السيطرة عليه بسهولة ويحتاج إلى فترة طويلة للقضاء على البكتيريا المسببة للمرض وقد يتم الشفاء من المرض ثم يعاود الظهور مرة أخرى عند التعرض لظروف مرضية أو نفسية تقلل من مناعة الجسم.

- **أعراضه:**أعراض الزهري قد تتشابه مع الأمراض الجنسية الأخرى لوجود الإصابة في أماكن حدوث العدوى نفسها ولكن ما يميز مرض الزهري هو وجود عرض يعرف "بالشنكر" يظهر في صورة قرحة واضحة المعلم على الأعضاء التناسلية الخارجية الذكرية للرجال والمهبلية للسيدات مما يتسبب في حدوث آلام شديدة في هذه الأماكن بمجرد حدوث لمس أو احتكاك لها. (الأمراض التناسلية،2009/01/22).

❖ **هربس الأعضاء التناسلية: L'herpès génital**

هو أحد الأمراض المنقولة بالاتصال الجنسي والذي يسبب قروح مؤلمة على الأعضاء التناسلية أو حولها، وهذا المرض من نفس نوع الفيروس الذي يسبب قرح البرد أو بثور الحمى التي تظهر فوق الفم أو حوله، ويمكن الإصابة بمرض الهربس عن طريق ممارسة الجنس عن طريق الفم.

- **أعراضه:** الشعور بوخز خفيف أو حك في منطقة الأعضاء التناسلية لبضعة أيام تصل إلى أسبوع بعد ممارسة الجنس، ثم تظهر مجموعة من البثور الصغيرة ومن ثم تنفجر هذه البثور لتصبح تقرحات مؤلمة، ويمكن أن تستمر من أسبوعين إلى أربعة أسابيع وبعدها الإصابة بالحمى والصداع. (PRb-Frzaneh roud-Fahmi et all., 2008)

❖ **فيروس الإيدز:Virus du SIDA**

يسبب فيروس نقص المناعة الآدمية الإصابة بمتلازمة نقص المناعة المكتسبة (الإيدز) التي تؤدي إلى فقدان وظيفة النظام المناعي حيث تصاب خلايا (CD4) بالعدوى ويتم تدميرها مما يؤدي إلى استسلام الجسم للأنواع المختلفة من العدوى "مثل الالتهاب الرئوي المسبب للتكيس الرئوي، وداء المقوسات " . والتي لا تشكل خطر بصورة عامة للأشخاص العاديين الذين يتمتعون بجهاز مناعي سليم، ويمكن لفيروس نقص المناعة الآدمية أن يمر مباشرة من شخص لأخر عن طريق المباشرة الجنسية، نقل الدم ومشتقاته، الانتقال من الأم إلى الجنين واستخدام إبر وحقن ملوثة. (WHO-Hiv/ Aids, 2003)

وفي ما يلي نتطرق إلى الممرضات الرئيسية المسببة للعدوى المنقولة جنسيا والأمراض التي تسببها:

الممرضات	المظاهر السريرية والأمراض الأخرى المرتبطة بها
	العـــدوى الجــرثومــية البــكتيـــــــــــــــرية
المكورة البنية	**داء السيلان** **الرجال:** إفراز إحليلي "التهاب الإحليل، التهاب البربخ، التهاب الخصية، عقم". **النساء:** " التهاب عنق الرحم، التهاب بطانة الرحم ، التهاب النفير، مرض التهابي حوضي، عقم تمزق الغشاء قبل موعد الولادة، التهاب حوائط الكبد". **كلا الجنسين:**" التهاب المستقيم، التهاب البلعوم، عدوى منتشرة بالمكورات البنية".
المتدثرة الحثرية	**عدوى المتدثرات** **الرجال:** إفراز إحليلي" التهاب الاحليل، التهاب البربخ، التهاب الخصية، عقم". **النساء:**" التهاب عنق الرحم، التهاب بطانة الرحم، التهاب حوائط الكبد" والذي يكون عديم الأعراض بصفة عامة. **كلا الجنسين:** " التهاب المستقيم، التهاب البلعوم، متلازمة رايتر".
اللولبية الشاحبة	**الزهري** **كلا الجنسين:** قرحة أولية" تقرحات مع تضخم موضوعي في العقد اللمفاوية، طفح جلدي،أورام لقمية (لاتا)، أضرار بالعظام، وأضرار قلبية وعائية وعصبية". **النساء:** " فقدان الحمل (إجهاض)، الولادة قبل الأوان".
المستدمية الدوكرية	**قريح** **كلا الجنسين:**" قرحات تناسلية مؤلمة قد تكون مصحوبة بتقرحات".
الكلبسيلا (المغمدة) الحبيبومية	**ورم حبيبي إربي (داء الدونوفانيات)** **كلا الجنسين:** " تورمات عقدية وآفات تقرحية في المناطق الإربية والشرجية التناسلية".
	العدوى الفيروسية
فيروس العوز المناعي	**متلازمة العوز المناعي المكتسب (الإيدز)**

البشري	**كلا الجنسين:**" أمراض مرتبطة بفيروس العوز المناعي البشري، الايدز".
فيروس الهربس البسيط	**الهربس التناسلي** **كلا الجنسين:**"آفات وتقرحات حويصلية في المنطقة الشرجية التناسلية".
فيروس الورم الحليمي البشري	**الثآليل التناسلية** **الرجال:** "ثآليل قضيبية وشرجية، سرطانة القضيب" . **النساء:** ثآليل قرحية، وشرجية وعنق رحمية،" سرطانة عنق الرحم، سرطانة قرحية وشرجية" .
فيروس التهاب الكبد البائي	**التهاب الكبد الفيروسي** **كلا الجنسين:** "التهاب كبدي حاد، تليف الكبد، سرطان الكبد، العدوى بالفيروسية المضخمة للخلايا".
العدوى بالأوالي الحيوانية	
المشعرة المهبلية	**داء المشعرات** **الرجال:** إفرازات إحليلية "التهاب احليلي غير سيلاني"، غالبا ما يكون عديم الأعراض. **النساء:** "التهاب مهبلي مصحوب بإفرازات زبدية غزيرة، ولادة قبل الأوان، نقص وزن المولود عند الولادة".
العدوى بالفطريات	**المبيضة البيضاء** **الرجال:** "عدوى سطحية على حشفة القضيب". **النساء:** "التهاب قرحي مهبلي مع إفرازات ثخنية رائبة مع حكة وحرقان فرجي".
العدوى بالطفيليات قمل العانة	عدوى قمل العانة.

الجدول رقم (01): يبين الممرضات الرئيسية المسببة للعدوى المنقولة جنسيا

(جمعية الصحة العالمية، 2006).

خامسا:علاقة المعتقدات الصحية بالسلوك الجنسي الآمن

Relation entre les croyances de santé et comportements sexuels sécurisé

ليس سهلا الغوص في أعماق المعتقدات، والوصول إلى رؤية واضحة عن آثار المعتقد على الشخصية الإنسانية وتفسير العلاقة الحميمية بين الروح والمعتقد، لذلك فإن الأبحاث والدراسات أظهرت دور سلطة المعتقد على صحة الفرد واندماجه في مجتمعه وتفاعله مع بيئته على اعتبار أن الفرد هو الجزء الرئيسي في تكوين المعتقدات وتوجيهها نحو مختلف الاتجاهات. (هيثم البوسعيدي،2009).

والنشاط الجنسي من أكثر الجوانب خصوصية في حياة كل فرد ذلك قد لا يترجم بالضرورة إلى عملية تغيير فعلية في السلوك في حال كان السلوك الجنسي التلقائي جزءا من الهوية الشخصية للفرد، فبالنسبة للعديد من الجنسيين المثليين على سبيل المثال من الضروري أن يكون الشخص الجنسي المثلي جزءا في ممارسة ما يريد من السلوك الجنسي، وبالتالي فان تعديل النشاط الجنسي قد يشكل تهديدا لهويته ولأسلوب حياته وفي إحدى دراساته وجد ماكوزك أن الرجال الذين يمارسون الجنس للتخلص من التوتر، أو بهدف التعبير عن هويتهم المثلية كانوا أكثر تورطا في ممارسة الجنس المثلي دون استخدام الواقي، كما وجدوا أنه حتى الرجال الذين استخدموا الواقي بنسبة عالية يمكن لسلوكهم الجنسي الخطر أن يتباين مع الوقت ومع تغيير الظروف الشخصية. (شيلي تايلور،2008).

وينطبق هذا الشكل الخاص على الأفراد المتزوجين إذا كان أحد الزوجين لديه اضطراب في الهوية الجنسية ولديه شريك جنسي مثلي بالإضافة إلى الأصلي مما يزيد من السلوكيات الخطرة إذ لم يستخدموا واقي جنسي أو لم يتبعوا أنماط جنسية آمنة، لأن من المرجح أن العديد من المتزوجين لا يستخدمون الواقي الجنسي أثناء الممارسة الجنسية

الكلاسيكية أو الفموية اعتقاد منهم أن خطر انتقال عدوى الأمراض الجنسية إليهم غير ممكن إيمانا منهم بإخلاص الشريك الثاني.

وبصورة أدق وحسب نظرية المعتقدات الصحية فان احتمال تنفيذ الأفراد لسلوكيات وقائية يرجع مباشرة إلى نتائج تقديراتهم حول خطورة المشكلات الصحية التي يواجهونها كما تتوقف ممارسة النشاط الوقائي على تقديرهم للسلبيات والايجابيات التي يحتمل أن تنجم عن ذلك النشاط.(عثمان يخلف،2001).

لذلك فنموذج المعتقدات الصحية يعتبر في حد ذاته نوع من السبل التي تساهم بشكل فعال وكبير بتدخلها للحد من الممارسات الجنسية غير آمنة التي تتضمن انتقال السوائل الجسمية، فالامتناع عن الممارسة الجنسية الخطرة غير آمنة واستخدام الواقي وعدم تعاطي المخدرات، وكافة المواد المسكرة أثناء القيام بالعملية الجنسية والإخلاص للشريك الجنسي الأصلي يعتبر من بين الأنماط السلوكية الصحية الآمنة، لذلك فالتوعية الصحية في هذا المجال تعتبر من أهم الاستراتيجيات التي تساهم في الحد من الأمراض التناسلية وانتشارها.

حيث يعتبر نموذج المعتقدات الصحية من بين النماذج التي تأخذ بعين الاعتبار المستوى الثقافي والأفكار والفعالية الذاتية للأفراد لأنها ترتبط بممارسة الجنس مع عدد أقل من الشركاء وبوجه الخصوص إذ كانوا غير معروفين أو غرباء. (شيلي تايلور، 2008)

بالإضافة إلى الاتجاهات التي يحملها الأفراد نحو الوقاية الجنسية وعلاقتها بمعتقداتهم، كما يعتبر الجهل بخطورة الإصابة بعدوى أي مرض تناسلي وخاصة الايدز من الشريك الجنسي الأصلي ربما يزيد من الممارسات ذات الخطورة، كالاتصال الجنسي غير المحمي، عدم التزام أحد الزوجين بشريك جنسي أحادي، أو تعاطيه للمخدرات بالحقن الوريدية....

خـــــلاصـــــة:

إن أنماط السلوك الجنسي الآمن تعتبر مقدمة لصحة أفضل بين الأفراد، لذا فاستخدام الواقي الجنسي كسبيل المثال يعتبر من الاستراتيجيات الأولية لتغيير السلوك الجنسي الخطر، ولمنع عدوى الأمراض التي تنتقل بالاتصال الجنسي، فهي طريقة تؤثر مباشرة على صحة الرجال وكذلك على صحة شريكاتهم، هذا لأن عملية التصدي الفعال لانتشار السلوك الجنسي المحفوف بالخطر تبدأ بالوقاية من خلال توفير المعلومة الصحيحة والصريحة والدقيقة عن الممارسة الجنسية المأمونة بما في ذلك التوعية والمشورة والإجراء الطوعي لاختبارات الإيدز والخضوع للتطعيم ضد الأمراض الفيروسية المنتقلة عبر الجنس، إذا تعتبر هاته الإجراءات جزء لا يتجزأ من الخدمات الصحية التي تولد الدافع لتغيير السلوك الجنسي الخطر لدى كل من الأشخاص المصابين بعدوى الأمراض التناسلية أو غير المصابين على حد سواء.

الإطار التطبيقي

الفصــــل الرابـــع:
إجراءات الدراسة الميدانية

تمهيد

أولا: إجراءات الدراسة

ثانيا: الدراسة الاستطلاعية

ثالثا: الدراسة الأساسية

خـــلاصـة

تمهيد:

إن الإطار التطبيقي مهم في الدراسات العلمية حيث أصبح العلم يعتمد على الجانب التطبيقي الميداني أكثر من النظري.

وعند قيامنا بالجانب التطبيقي الميداني لابد من توفر بعض الطرق والوسائل كي تساعدنا على القيام بهذا الجانب بشكل يسمح للدراسة أن تكون فعلا ميدانية، ومن هذه الوسائل والطرق هناك المنهج والأدوات والعينة، وكذا الخصائص السيكومتريه لأدوات الدراسة، وأساليب المعالجة الإحصائية المستخدمة في الدراسة ... التي سوف نعتمد عليها في دراستنا.

أولا: إجراءات الدراسة

كأي دراسة ميدانية لابد من المرور بإجراءات معينة من أجل التحكم والإلمام أكثر بجوانبها، وبالتالي الوصول بطريقة سليمة إلى الأهداف المرجوة من هذه الدراسة.

01- مجال الدراسة:

1-1- المجال الجغرافي (المكاني):

تمت الدراسة في ولاية سطيف هذا بالنسبة للدراسة الأساسية أما الدراسة الاستطلاعية فقد كانت بولاية المسيلة.

1-2 - المجال البشري:

فيما يخص هذا المجال فقد كانت العينة مكونة من 120 فرد متزوج وزعت عليهم المقاييس بطريقة عرضية في ولاية سطيف، حيث لم يتم استرجاع سوى 85 نسخة وذلك لعدة أسباب وتم استبعاد 15 نسخة لأنها غير كاملة الإجابة، فكان مجموع العينة النهائية 70 فردا، بالإضافة إلى أفراد الدراسة الاستطلاعية والتي قدرت بـــ 30 فرد وذلك بغرض اختبار مدى صدق وثبات الأدوات المستخدمة في الدراسة الاستطلاعية.

1-3 - المجال الزمني:

تمت هذه الدراسة في غضون العام الدراسي 2010-2011. حيث جمعت فيه المعلومات عن متغيرات الدراسة في كلتا الجانبين النظري والميداني.

1-4 - المجال المنهجي:

تم الاعتماد في هذه الدراسة على المنهج الوصفي الإرتباطي والمقارن، وبتطبيق مقياسين حول المعتقدات الصحية والسلوك الجنسي الآمن من إعداد الطالبة الباحثة، وباستخدام المعلومات ذات الصلة بالدراسة والمتحصل عليها فعليا من المراجع والمصادر المتاحة.

02- منهج الدراسة:

المنهج المعتمد في هذه الدراسة هو المنهج الوصفي باعتباره أكثر المناهج ملائمة لموضوع الدراسة، وهذا بغرض الإجابة عن تساؤلات البحث للوصول إلى نتائج موضوعية ودقيقة.

بحيث يستخدم المنهج الوصفي في" دراسة الأوضاع الراهنة للظواهر من حيث خصائصها، أشكالها، وعلاقتها، والعوامل المؤثرة في ذلك. إذ يقوم على رصد ومتابعة دقيقة لظاهرة أو حدث معين بطريقة كمية أو نوعية في فترة زمنية معينة أو عدة فترات من اجل التعرف على الظاهرة أو الحدث للوصول إلى نتائج وتعميمات تساعد في فهم الواقع وتطويره".(ربحي مصطفى عليان، عثمان محمد غنيم.، 2000).

ثانيا: الدراسة الاستطلاعية

تهدف الدراسة الاستطلاعية إلى التعرف على الظروف التي سيتم فيها إجراء البحث والصعوبات التي ستواجه الباحث في تطبيق أداة البحث، أما في دراستنا فالهدف منها هو التأكد من صلاحية أدوات البحث من حيث سهولة ووضوح العبارات والصدق والثبات.

01- عينة الدراسة الاستطلاعية:

تكونت العينة الاستطلاعية من 30 فرد متزوج كلهم من ولاية المسيلة، حيث تم اختيارهم بطريقة عرضية.

02- خصائص العينة الاستطلاعية: حيث تميزت خصائص العينة فيما يلي:

2-1- خصائص العينة من حيث السن:

الســن	العــدد	النسبة المئوية
25-34	11	% 36.67
35-44	12	% 40
45-54	3	% 10
55 فما فوق	4	%13.33

الجدول رقم (02): يبين خصائص عينة الدراسة الاستطلاعية حسب السن.

نلاحظ من خلال الجدول رقم (02) أن سن أفراد العينة تراوح بين 25 و55 فما فوق بمدى عمري قدره 9 سنوات.

2-2- خصائص العينة من حيث الجنس:

الجنس	العــدد	النسبة المئوية
ذكــر	15	%50
أنــثى	15	%50

الجدول رقم (03): يبين خصائص عينة الدراسة الاستطلاعية حسب الجنس.

2-3- خصائص العينة من حيث المستوى التعليمي:

المستوى التعليمي	العــدد	النسبة المئوية
أمــي	02	%6. 67
ابتدائي	04	%13.33
متوسط	03	%10
ثانوي	11	%36.67
جامعي	10	%33.33

الجدول رقم (04): يبين خصائص عينة الدراسة الاستطلاعية حسب المستوى التعليمي.

نلاحظ من خلال الجدول رقم (04) أن المستوى التعليمي قد تمايز بين أفراد العينة حيث وجدنا نسبه ضئيلة من الأميين تقدر بـ 6.67% وتليها نسبه الأفراد ذوي المستوى التعليم الابتدائي بقيمه تقدر بـ 13.33%، ونسبه 10 % بالنسبة للأفراد ذوي التعليم المتوسط وبعدها نسبه الأفراد ذوي التعليم الثانوي بـ36.67% وهي أعلى نسبه وأخيرا نسبه الأفراد ذوي المستوى الجامعي التي قدرت بـ 33.33%، وبالتالي فان غالبيه أفراد العينة حاصلين على مستوى تعليمي متقارب بين الثانوي والجامعي.

2-4- خصائص العينة من حيث المستوى الاقتصادي:

المستوى الاقتصادي	العــدد	النسبة المئوية
متوسط	18	%60
جيد	12	%40

الجدول رقم (05): يبين خصائص عينة الدراسة الاستطلاعية حسب المستوى الاقتصادي.

03- أدوات الدراسة الاستطلاعية و خصائصها السيكومتريه:

3-1- الأداة الأولى : مقياس المعتقدات الصحية

3-1-1- وصف المقياس : أعد المقياس بهدف قياس درجة المعتقدات الصحية لدى الأفراد المتزوجين، وذلك بالاعتماد على التراث العلمي وتفحص مقياس المعتقدات الصحية التعويضي لمؤسسيه "كنوبر رابيو وكوهن"، ويتضمن المقياس المعد من طرفنا من 19 بندا.(انظرالى الملحق رقم 01).

بحيث تقدم الإجابة على كل بند باختيار أحد البدائل الخمسة بوضع علامة (x) أمام الخانة المناسبة وهي كالتالي:

بدرجة معدومة – بدرجة ضعيفة – بدرجة متوسطة – بدرجة كبيرة– بدرجة كبيرة جدا.

وتصحح البنود كالتالي:

بدرجة معدومة (1)- بدرجة ضعيفة (2)- بدرجة متوسطة (3) - بدرجة كبيرة (4) -بدرجة كبيرة جدا(5)، حيث تعد الدرجة 19 أقل درجة و95 أكبر درجة، حيث كلما ارتفعت الدرجات علا هذا المقياس كلما كانت المعتقدات الصحية تتجه في الاتجاه الايجابي للسلوك الصحي.

ويهدف هذا المقياس إلى معرفة المعتقدات الصحية العامة التي يعتمد عليها الفرد للمحافظة والارتقاء بصحته.

3-1-2- الخصائص السيكومترية لمقياس المعتقدات الصحية:

بعد تفريغ البيانات المتحصل عليها من طرف أفراد العينة، يتم حساب الخصائص السيكومتريه لمقياس المعتقدات الصحية، وذلك من أجل التأكد من ثبات وصدق المقياس.

والجدول التالي يوضح المتوسط الحسابي والانحراف المعياري لدرجات المقياس:

ن	متوسط	الانحراف المعياري
30	100.5	9.87

الجدول رقم(06): يمثل قيم المتوسط الحسابي والانحراف المعياري لمقياس المعتقدات الصحية.

- ثبات المقياس:

بعد القيام بترتيب الدرجات المتحصل عليها من طرف أفراد العينة، تم حساب الثبات بطريقة ألفا لكرونباخ، والتجزئة النصفية .

1- طريقة (α) لكرونباخ : والجدول التالي يوضح الدرجة الكلية للثبات

البنود	ألفا كرونباخ
19	0.84

الجدول رقم (07): يمثل قيم معامل الثبات (α) كرونباخ الكلي لمقياس المعتقدات الصحية.

من خلال الجدول رقم (07) نلاحظ أن المقياس يمتاز بدرجة مقبولة من الثبات مما يدل على أن المقياس يمتاز بنوع من الثبات النسبي، أي أنه يمكن تطبيق هذا المقياس على عينة الدراسة الأساسية.

2- طريقة التجزئة النصفية:

بعد تقسيم البنود إلى بنود فردية وبنود زوجية تم حساب معامل الارتباط بينهما بمعادلة بيرسون، حيث بلغت قيمة الثبات وذلك بعد تصحيح الطول بمعادلة سبيرمان براون (0.81) وهي قيمة دالة عند مستوى الدلالة (0.01)، وهذا دليل على ثبات المقياس.

قيمة الثبات	مستوى الدلالة
0.81	0.01

الجدول رقم (08): يمثل قيمة معامل الثبات بطريقة التجزئة النصفية لمقياس المعتقدات الصحية.

- صدق المقياس:

تم حساب صدق المقياس بطريقتين هما: صدق الاتساق الداخلي، والصدق الذاتي.

1- صدق الاتساق الداخلي:

تم تقدير الصدق باستخدام طريقة الاتساق الداخلي، وذلك من خلال حساب معامل الارتباط الخطي لـ كارل بيرسون بين البنود والدرجة الكلية للمقياس، وقد كانت النتائج على النحو الموضح في الجدول التالي:

- معامل صدق الاتساق الداخلي لمقياس المعتقدات الصحية :

	البنـــــــــــود	المجموع	مستوى الدلالة
01	تدخين السجائر يعرضني للإصابة بسرطان الرئة.	0.57	0.01
02	الإكثار من المشروبات المنبهة يعرضني للإصابة بالأمراض الوعائية القلبية.	0.38	0.05
03	أستعمل الواقي الجنسي بهدف الحماية من الأمراض التناسلية خاصة السيدا.	0.38	0.05
04	ألجأ إلى الحمية الغذائية للوقاية من السمنة.	0.67	0.01
05	عدم التزامي بقوانين المرور يعرضني للوقوع في حوادث مميتة.	0.70	0.01
06	أحافظ على صحتي بالإقبال على الأكل قليل الدسم.	0.60	0.01
07	عدم تناولي للدواء الموصوف لي في موعده يعرضني إلى حدوث مضاعفات.	0.44	0.05
08	اقتنائي دواء بدون وصفة طبية يعرضني إلى مشاكل صحية.	0.39	0.05
09	عدم غسل أسناني بعد كل وجبة يعرضها لتسوس.	0.51	0.01
10	ألجأ لمراجعة الطبيب بانتظام لإجراء الفحوص الدورية لتجنب الوقوع في المرض.	0.54	0.01
11	قلة الحركة والجلوس المطول يعرضني للإصابة بسكتة دماغية.	0.46	0.05
12	ألجأ إلى استخدام المواد الواقية من الشمس للحماية من سرطان الجلد.	0.69	0.01
13	أسعى للحصول على تلقيح ضد مرض معين .	0.54	0.01
14	الإفراط في استهلاك الكحول يعرضني للعديد من المشكلات	0.53	0.01

	الصحية " كارتفاع ضغط الدم– تليف الكبد...".		
15	أتناول كمية كبيرة من الماء للتخلص من الأملاح الزائدة	0. 40	0.05
16	أغسل يداي قبل كل وجبة غذائية للحماية من الجراثيم المنتشرة.	0.73	0.01
17	عدم انصياعي للتوصيات العلاجية يعرضني للإصابة بالعديد من الأمراض.	0.40	0.05
18	استنشاقي للدخان المنبعث من سجائر المدخنين يتسبب لي في حدوث مشاكل صحية" كالالتهاب الشعبي – انتفاخ الرئة ".	0.65	0.01
19	أمارس الرياضة بانتظام لتفادي مشكلات صحية عدة " كأمراض القلب – ضغط الدم– السكري".	0.71	0.01

الجدول رقم (09): يمثل قيم معاملات صدق الاتساق الداخلي لمقياس المعتقدات الصحية.

يتضح من خلال هذا الجدول انه كل بنود المقياس دالة إحصائيا حيث أن :

- البند رقم:1،4،5،6،9،10،12،13،14،16، 18،19 هي بنود دالة عند مستوى الدلالة (0.01).
- البند رقم : 7،8،11،15،17،2،3 هي بنود دالة عند مستوى الدلالة (0.05).

وعليه فان مقياس المعتقدات الصحية يتميز بصدق اتساق داخلي.

2- الصدق الذاتي:

بما أن المقياس تحصل على نسبة مقبولة من الثبات فقد اعتمدنا في حساب الصدق على الصدق الذاتي والقائم على القاعدة التالية:الصدق الذاتي= الجذر التربيعي للثبات حيث كانت النتيجة تساوي (0.90) .

وهذه النتائج توضح ارتفاع الصدق، مما يدل على إمكانية تطبيقه على عينة الدراسة.

3-2- الأداة الثانية: مقياس السلوك الجنسي الآمن

3-2-1- وصف المقياس: أعد المقياس بهدف قياس السلوك الجنسي الآمن لدى الأفراد المتزوجين، وذلك بالاعتماد على التراث العلمي والنظري المتعلق بمجال السلوك الصحي والجنسي والصحة الجنسية. ويتضمن المقياس المعد من طرفنا من 29 بندا. (انظر إلى الملحق رقم 02).

بحيث تقدم الإجابة على كل بند باختيار أحد البدائل الخمسة بوضع علامة (x) أمام الخانة المناسبة وهي كالتالي: أبدا، نادرا، أحيانا، كثيرا، دائما.

وتصحح البنود كالتالي:- مطلقا ⟵ (1)

- نادرا ⟵ (2)

- أحيانا ⟵ (3)

- كثيرا ⟵ (4)

- دائما ⟵ (5)

حيث روعي عند التصحيح عكس البنود السلبية في الاتجاه الايجابي للسلوك الجنسي.

مع الإشارة إلى أن البنود: 2-3-4-5-7-8-10-11-14-16-18-19-23-27-28-29، كانت طريقة طرحها ايجابية.

في حين أن البنود: 1-6-9-12-13-15-17-20-21-22-24-25-26، كانت طريقة طرحها سلبية.

- و تعد الدرجة 29 أقل درجة و145 أكبر درجة، حيث كلما زادت الدرجة على سلوك جنسي معين زادت نسبة آمان هذا السلوك الجنسي.

ويهدف هذا المقياس إلى معرفة السلوكيات الجنسية الآمنة التي يعتمد عليها الفرد للمحافظة والارتقاء بصحته.

3-2-2-الخصائص السيكومتريه لمقياس السلوك الجنسي الآمن:

بعد تفريغ البيانات المتحصل عليها من طرف أفراد العينة، يتم حساب الخصائص السيكومتريه لمقياس السلوك الجنسي الآمن، وذلك من أجل التأكد من ثبات وصدق المقياس، والجدول التالي يوضح المتوسط الحسابي والانحراف المعياري لدرجات المقياس:

ن	متوسط	الانحراف المعياري
30	58.73	11.04

الجدول رقم (10): يمثل قيم المتوسط الحسابي والانحراف المعياري لمقياس السلوك الجنسي الآمن.

- ثبات المقياس:

تم حساب ثبات المقياس بطريقتين هما: حساب معامل (α) لكرونباخ، والتجزئة النصفية.

-1- الثبات بطريقة (α) لكرونباخ: الجدول التالي يوضح الدرجة الكلية للثبات.

البنـــــود	α كرونباخ
29	0.77

الجدول رقم (11): يمثل قيم معامل ثبات (α) كرونباخ الكلي لمقياس السلوك الجنسي الآمن.

من خلال الجدول رقم (11) نلاحظ أن المقياس يمتاز بدرجة مقبولة من الثبات مما يدل على أن المقياس يمتاز بنوع من الثبات النسبي، أي أنه يمكن تطبيق هذا المقياس على عينة الدراسة الأساسية.

-2- طريقة التجزئة النصفية:

بعد تقسيم البنود إلى بنود فردية وبنود زوجية تم حساب معامل الارتباط بينهما بمعادلة برسون، حيث بلغت قيمة الثبات وذلك بعد تصحيح الطول بمعادلة سبيرمان براون (0.79) وهي قيمة دالة إحصائيا عند مستوى الدلالة (0.01)، وهذا دليل على ثبات المقياس.

قيمة الثبات	مستوى الدلالة
0.79	0.01

الجدول رقم (12): يمثل قيمة معامل الثبات بطريقة التجزئة النصفية لمقياس السلوك الجنسي الآمن.

- صدق المقياس:

وقد استخدمنا في دراستنا هذه نوعين من الصدق هما: صدق الاتساق الداخلي والصدق الذاتي.

-1- صدق الاتساق الداخلي:

تم تقدير الصدق باستخدام طريقة الاتساق الداخلي، وذلك من خلال حساب معامل الارتباط الخطي لـ كارل بيرسون بين البنود والدرجة الكلية للمقياس، وقد كانت النتائج على النحو الموضح في الجدول التالي:

- معامل صدق الاتساق الداخلي لمقياس السلوك الجنسي الآمن:

	البنـــــــــــــود	المجموع	مستوى الدلالة
01	أقتني مجلات أو شرائط فيديو تعرض مشاهد فاضحة جنسيا	0.293	غير دال
02	أنا مكتفي (ة) بالشريك الجنسي الأصلي.	0.659	0.01
03	أحرص على استخدام الواقي الجنسي.	0.296	غير دال

04	أخضع للتطعيم ضد الأمراض الفيروسية التي يمكن أن تنتقل بالاتصال الجنسي.	0.390	0.05
05	نحرص على وضع استراتجيه الانسحاب قبل القذف قصدا للحماية من تسرب أي عدوى تناسلية محتملة.	0.437	0.05
06	أتناول أدوية منشطة للقوة الجنسية.	0.596	0.01
07	أمارس الرياضة للمحافظة على قدراتي الجنسية.	0.380	0.05
08	أقوم بالنوم الكافي قبل ممارستي للعملية الجنسية .	0.456	0.05
09	ألجأ إلى ممارسة العادة السرية" الاستمناء".	0.408	0.05
10	حدث وأن فرض عليا الشريك الأصلي ارتداء الواقي الجنسي قصدا للحماية من الأمراض السرطانية.	0.584	0.01
11	أستعمل الواقي الجنسي كسلوك حماية من الأمراض التناسلية.	0.622	0.01
12	أقوم بسلوكات جنسية شاذة" الجنسية المثلية،..." من شأنها أن تصيبني بأمراض تناسلية خطرة.	0.463	0.05
13	ألجأ إلى عدة شركاء في ممارستي للعملية الجنسية.	0.619	0.01
14	أتفادى تعاطي المواد المخدرة أثناء ممارستي للجنس.	0.279	غير دال
15	حدوث وأن قمت بممارسة الجنس مع الحيوانات.	0.657	0.01
16	أخضع مع الشريك الجنسي الأصلي لاختبارات وفحوصات دورية للتأكد من خلونا من وجود أي مرض تناسلي.	0.401	0.05
17	تورطت في ممارسات جنسية غير آمنة وخطرة رغم معرفتي أنها قد تسبب لي الضرر الصحي.	0.522	0.01
18	أتناول غذاء صحي للحفاظ على قدراتي الجنسية.	0.396	0.05
19	أتثقف مع الشريك الأصلي في قضايا الجنس من خلال القراءة والسؤال العلمي في هذا المجال.	0.486	0.05
20	قمت بدفع المال مقابل ممارستي للجنس مع شريك آخر.	0.597	0.01

21	مارست الجنس مع شخص ما، بمجرد أني شعرت بالإثارة معه	0.402	0.05
22	أقوم بتعاطي الكحول أو المخدرات أثناء ممارستي للعملية الجنسية.	0.565	0.01
23	أحمل الغشاء الواقي معي بصفة دائمة وهذا تحسبا لكل علاقة جنسية مباغتة.	0.447	0.05
24	الممارسة الجنسية الخطرة وغير آمنة تعتبر جزءا من أسلوب حياتي.	0.654	0.01
25	قمت بزيارة بيوت خاصة بممارسة الجنس.	0.523	0.01
26	أدت ممارستي للجنس غير آمن إلى إيذاء الشريك الأصلي بنقله أمراضي التناسلية.	0.603	0.01
27	أعتقد أن الأمراض المنقولة جنسيا ناتجة عن سلوك جنسي خطر وغير شرعي.	0.702	0.01
28	أصارح الشريك الجنسي الأصلي في حال إصابتي بمرض تناسلي لأخذ الاحتياطات اللازمة .	0.657	0.01
29	أسعى للمحافظة على صحتي البدنية و الجنسية بممارسة العادات الصحية.	0.401	0.05

الجدول رقم (13): يمثل قيم معاملات صدق الاتساق الداخلي لمقياس السلوك الجنسي الآمن.

يتضح من خلال هذا الجدول انه يوجد 26 بندا دال من مجموع 29 بندا في هذا المقياس حيث أن :

- البنود رقم2،6،10،11،13،15،17،20،22،24،25،26،27،28. هي بنود دالة إحصائيا عند مستوى الدلالة (0.01).
- البنود رقم 5،7،8،9،12،14،16،18،19،21،23،29. هي بنود دالة عند مستوى الدلالة (0.05).

- وأما البنود 1،3،14هي بنود غير دالة عند أي مستوى دلالة.
- ومن خلال نتائج الجدول رقم(13)، نلاحظ أن المقياس يمتاز بنوع من الاتساق الداخلي، وعليه يمكننا اعتبار أن هذه الأداة (مقياس السلوك الجنسي الآمن)، صادقة.

- 2-الصدق الذاتي:

بما أن المقياس تحصل على نسبة مقبولة من الثبات فقد اعتمدنا في حساب الصدق على الصدق الذاتي والقائم على القاعدة التالية:الصدق الذاتي= الجذر التربيعي للثبات حيث كانت النتيجة تساوي (0.87).

وهذه النتائج توضح ارتفاع الصدق، مما يدل على إمكانية تطبيقه على عينة الدراسة.

ثالثا: الدراسة الأساسية

01- العينة الأساسية: تكونت عينة الدراسة في شكلها النهائي من 70 فردا متزوج "45 ذكرا، و 25 أنثى."

02- خصائص العينة الأساسية: و خصائصها موزعة كالتالي:

2-1- خصائص العينة من حيث السن:

الســن	العــدد	النسبة المئوية
25-34	33	%47.14
35-44	24	%34.28
45-54	8	%11.42
55 فما فوق	5	%7.14

الجدول رقم (14): يبين خصائص عينة الدراسة الأساسية حسب السن.

نلاحظ من خلال الجدول رقم (14) أن سن أفراد العينة تراوح بين 25 و55 فما فوق بمدى عمري قدره 9 سنوات.

2-2- خصائص العينة من حيث الجنس:

الجنس	العـــدد	النسبة المئوية
ذكـــر	45	%64.28
أنـــثى	25	% 35.71

الجدول رقم (15): يوضح توزيع عينة الدراسة الأساسية حسب الجنس.

2-3-خصائص العينة من حيث المستوى التعليمي:

المستوى التعليمي	العـــدد	النسبة المئوية
أمـــي	05	%7.14
ابتدائي	06	%8.57
متوسط	09	% 12.85
ثانوي	26	% 37.14
جامعي	24	% 34.28

الجدول رقم (16): يبين خصائص عينة الدراسة الأساسية حسب المستوى التعليمي.

نلاحظ من خلال الجدول رقم (16) أن المستوى التعليمي قد تمايز بين أفراد العينة حيث وجدنا نسبه ضئيلة من الأميين تقدر بـــ7.14% وتليها نسبة الأفراد ذوي المستوى التعليم الابتدائي بقيمه تقدر بـــ8.57%، ونسبة12.85% بالنسبة للأفراد ذوي التعليم المتوسط وبعدها نسبه الأفراد ذوي التعليم الثانوي بـــ37.14% وهي أعلى نسبه وأخيرا نسبه الأفراد ذوي المستوى الجامعي التي قدرت بـــ34.28% وبالتالي فان غالبيه أفراد العينة حاصلين على مستوى تعليمي متقارب بين الثانوي والجامعي.

2-4- خصائص العينة من حيث المستوى الاقتصادي:

المستوى الاقتصادي	العـــدد	النسبة المئوية
متوسط	38	% 54.28
جيد	32	% 45.71

الجدول رقم (17): يبين خصائص عينة الدراسة الأساسية حسب المستوى الاقتصادي.

03- أدوات الدراسة الأساسية:

استخدمت في الدراسة النهائية نفس المقاييس المستخدمة في الدراسة الاستطلاعية المصممة من طرف الطالبة الباحثة بعد التأكد من صلاحيتها، حيث طبقت بطريقة فردية مع تقديم للفرد المقياسين مع بعضهما وذلك لأن الدراسة تبحث في العلاقة بين المعتقدات الصحية والسلوك الجنسي الآمن.

بعد ذلك تم حساب الدرجة الكلية المتحصل عليها على كل مقياس، ثم تم تفريغ هذه الدرجات في برنامج خاص داخل الحاسوب (spss14)، وذلك لحساب العلاقة بينهما، ومعرفة الفروق.

04- أساليب المعالجة الإحصائية:

- من أجل حساب الخصائص السيكومتريه لأدوات الدراسة "الصدق، الثبات"، والتحقق من فرضيات الدراسة الأساسية تم الاستعانة بما يلي:

النظام الإحصائي (SPSS) وهو نظام إحصائي يستخدم في المعالجات الإحصائية للعلوم الاجتماعية، وقد تم استخدام الإصدار (14.0).

أما الأساليب الإحصائية المستخدمة من خلال هذا البرنامج تمثلت فيمايلي:

- ✓ المتوسط الحسابي والانحراف المعياري (Mean,Std Deviation).
- ✓ معامل الفا لكرونباخ.(Cronbach's alpha)
- ✓ معامل سبرمان براون.(Spearman)
- ✓ اختيار (T) للعينة المستقلة (Independent Sample T-Test).
- ✓ تحليل التباين الأحادي الاتجاه (One way anova).
- ✓ معامل الارتباط لبيرسون (Pearson).

خـــــلاصـــة:

لما سبق ذكره يبقى هذا الفصل أي الإجراءات المنهجية الشق الميداني للدراسة والذي تناولنا فيه الإجراءات المنهجية والميدانية بدءا بتعريف المنهج المتبع في الدراسة ثم تليه أهم الأدوات المستخدمة والتي كانت من تصميم الطالبة الباحثة، تمثلت في أداتين:« مقياس المعتقدات الصحية، ومقياس السلوك الجنسي الآمن» خدمة لفرضيات بحثنا، تليها حيثيات اختيار عينة بحثنا، وأخيرا أهم الأساليب الإحصائية لمعالجة البيانات للوصول إلى الحقيقة الكامنة وراء الموضوع المعالج.

الفصل الخامس:
عرض ومناقشة النتائج

أولا: عرض وتحليل نتائج الدراسة

ثانيا: مناقشة نتائج الدراسة

أولا: عرض وتحليل نتائج الدراسة

1- عرض و تحليل نتائج الفرضية الأولى:

التذكير بنص الفرضية الأولى:

توجد علاقة ارتباطيه دالة إحصائيا بين المعتقدات الصحية وبين السلوك الجنسي الآمن لدى أفراد العينة.

لاختبار صحة الفرضية تم حساب دلالة معامل الارتباط بين المعتقدات الصحية والسلوك الجنسي الآمن كما هي موضحة في الجدول التالي:

أدوات الدراسة	**مقياس المعتقدات الصحية**		**مقياس السلوك الجنسي الآمن**		**درجات معامل الارتباط**	**الدلالة الإحصائية**
	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري		
	57.55	8.62	102.27	8.77	0.52	0.01 دالة إحصائيا

الجدول رقم (18): يوضح نتائج معامل الارتباط بين مقياسي المعتقدات الصحية والسلوك الجنسي الآمن، حيث (ن=70).

يتضح من خلال الجدول **(18)** أن قيمة معامل الارتباط بين مقياس المعتقدات الصحية والسلوك الجنسي الآمن، والتي تساوي **(ر= 0.52)**، وهي قيمة دالة عند مستوى **(0.01)** ، وهذا معناه انه توجد علاقة ارتباطيه دالة إحصائيا بين المعتقدات الصحية والسلوك الجنسي الآمن.

2- عرض وتحليل نتائج الفرضية الثانية:

التذكير بنص الفرضية :

هناك فروق ذات دلالة إحصائية لدى أفراد العينة في المعتقدات الصحية تعـــزى لمتغيـــر الجنس.

درجات عينة الذكور على مقياس المعتقدات الصحية		درجات عينة الإناث على مقياس المعتقدات الصحية		T	مستوى الدلالة" ل"	القرار النهائي
المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	-2.31	0.023	دال عند 5%
55.71	6.92	60.52	10.40			

الجدول رقم (19): يوضح نتائج اختبار" ت" للمقارنة بين متوسطي درجات الجنسين في مقياس المعتقدات الصحية.

من خلال الجدول رقم **(19)** يتضح أنه توجد فروق دالة إحصائيا، فقد بلغ متوسط عند الذكور **(55.71)** وبانحراف معياري قدره **(6.92)** ، وعند الإناث بلغ المتوسط **(60.52)** وبانحراف معياري قدره **(10.40)** ، في حين كانت نتيجة "**T**" المحسوبة **(-2.31)**. وهي قيم دالة إحصائيا عند "**5 %** "، ويتبين أيضا أن المتوسط الحسابي المسجل لعينة الإناث اكبر من المتوسط الحسابي المسجل لعينة الذكور بمعنى أنه توجد فروق بين الجنسين في المعتقدات الصحية لصالح الإناث.

3- عرض وتحليل نتائج الفرضية الثالثة:

التذكير بنص الفرضية:

هناك فروق ذات دلالة إحصائية لدى أفراد العينة في المعتقدات الصحية تعزى لمتغير السن.

مصدر التباين	مجموع المربعات	درجة الحرية	متوسط المربعات	قيمة ف	مستوى الدلالة " ل"	القرار النهائي
بين المجموعات	229 .73	3	76.57	1.04	0.37	غ دالة
داخل المجموعات	4845.40	66	73.41			
المجموعة	5075.14	69				

الجدول رقم (20): يوضح نتائج تحليل التباين الأحادي لدرجة استجابة عينة الدراسة على مقياس المعتقدات الصحية باختلاف السن .

نلاحظ من خلال الجدول(**20**) أنه لا توجد فروق دالة إحصائيا في استجابة أفراد عينة الدراسة بين مجموعات السن حيث بلغت قيمة **ف** (**1.04**)، وهي قيمة غير دالة إحصائيا عند مستوى الدلالة **0.05**، كما أن الفرق بين المجموعات وداخلها لم يكن متباعدا مما يؤكد على عدم وجود فروق في المعتقدات الصحية تعزى لمتغير السن.

4- عرض وتحليل نتائج الفرضية الرابعة:

التذكير بنص الفرضية:

هناك فروق ذات دلالة إحصائية لدى أفراد العينة في المعتقدات الصحية تعزى لمتغير المستوى التعليمي.

مصدر التباين	مجموع المربعات	درجة الحرية	متوسط المربعات	قيمة ف	مستوى الدلالة " ل"	القرار النهائي
بين المجموعات	1713 .98	4	428.49	8.28	0.000	دال عند 1%
داخل المجموعات	3361.15	65	51.71			
المجموعة	5075.14	69				

الجدول رقم (21): يوضح نتائج تحليل التباين الأحادي لدرجة استجابة عينة الدراسة على مقياس المعتقدات الصحية باختلاف المستوى التعليمي .

نلاحظ من خلال الجدول(**21**) أنه توجد فروق دالة إحصائيا في استجابة أفراد العينة الدراسة بين مجموعات المستوى التعليمي حيث بلغت قيمة **ف** **(8.28)** وهي قيمة دالة إحصائيا عند مستوى الدلالة **1%**،كما أن الفرق بين المجموعات وداخلها كان متباعدا مما يؤكد على وجود فروق في المعتقدات الصحية تعزى لمتغير المستوى التعليمي وللتحقق من طبيعة تلك الفروق تم استخدام اختبار"**Scheffe** "، للمقارنات البعدية للمراحل التعليمية في مقياس المعتقدات الصحية وذلك وفق لما هو موضح في الجدول التالي :

مجموعات المستويات التعليمية	فروق المتوسطات	مستوى الدلالة
أمي – ابتدائي	−1.00	1.000
– متوسط	1.00	1.000
– ثانوي	0.11	1.000
– جامعي	−10.25	0.09
ابتدائي – أمي	1.00	1.00
– متوسط	2.00	0.99
– ثانوي	1.11	0.99
– جامعي	−9.25	0.10

متوسط – أمي	-1.00	1.00
– ابتدائي	-2.00	0.99
– ثانوي	-0.88	0.99
– جامعي	-11.25*	0.006
ثانوي – أمي	-0.11	1.00
– ابتدائي	-1.11	0.99
– متوسط	-0.88	0.99
– جامعي	-10.36 *	0.000
جامعي – أمي	10.25	0.09
– ابتدائي	9.25	0.10
– متوسط	11.25	0.006
– ثانوي	10.36*	0.000

الجدول رقم (22):يوضح نتائج اختبار "**Scheffe**"، للمقارنات البعدية للمراحل التعليمية في مقياس المعتقدات الصحية.

تما الكشف عن اتجاه الفروق باستخدام المعالجة البعدية "**post hoc**" من خلال معادلة "**Scheffe**"، المحسوبة الدالة عند المستوى"0.05" حيث أظهرت النتائج أن هناك فروقا دالة إحصائيا بين الفئة ذات المستوى التعليمي المتوسط والمستوى التعليمي الجامعي حيث بلغت قيمة «**ل sig =0.006**». و أن هناك فروقا دالة إحصائيا بين الفئة ذات المستوى التعليمي الثانوي والمستوى التعليمي الجامعي حيث بلغت قيمة «ل **sig = 0.000**». مما يعني أن هناك فروقا دالة إحصائيا بين أفراد العينة ذوو المستوى التعليمي

المتوسط والثانوي والجامعي في المعتقدات الصحية لصالح ذوي المستوى التعليمي الجامعي.

5- عرض وتحليل نتائج الفرضية الخامسة:

التذكير بنص الفرضية :

هناك فروق ذات دلالة إحصائية لدى أفراد العينة في المعتقدات الصحية تعزى لمتغير المستوى الاقتصادي.

درجات المستوى الاقتصادي المتوسط للأفراد على مقياس المعتقدات الصحية		درجات المستوى الاقتصادي الجيد للأفراد على مقياس المعتقدات الصحية		T	درجة الحرية	مستوى الدلالة" ل "	القرار النهائي
المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	-0.70	68	0.48	غ دال
56.76	8.17	58.21	9.10				

الجدول رقم (23): يوضح نتائج اختبار" ت" للمقارنة بين متوسطي درجات المستويات الاقتصادية في مقياس المعتقدات الصحية.

نلاحظ من خلال الجدول رقم **(23)** أنه لا توجد فروق دالة إحصائيا، فقد بلغ متوسط الحسابي عند المستوى الاقتصادي المتوسط **(56.76)** وبانحراف معياري قدره **(8.17)** وعند المستوى الاقتصادي الجيد بلغ المتوسط الحسابي **(58.21)** وبانحراف معياري قدره **(9.10)** في حين كانت نتيجة "**T**" المحسوبة **(0.70-)**. وهي قيم غير دالة إحصائيا عند مستوى الدلالة "**0.05**"، مما يعني انه لا توجد فروق في المعتقدات الصحية تعزى لمتغير المستوى الاقتصادي.

6 – عرض وتحليل نتائج الفرضية السادسة:

التذكير بنص الفرضية :

هناك فروق ذات دلالة إحصائية لدى أفراد العينة في السلوك الجنسي الآمن تعزى لمتغير الجنس.

درجات عينة الذكور على مقياس السلوك الجنسي الآمن		درجات عينة الإناث على مقياس السلوك الجنسي الآمن		T	مستوى الدلالة " ل"	القرار النهائي
المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	-1.82	0.72	غ دال
100.86	9.03	104.80	7.81			

الجدول رقم (24): يوضح نتائج اختبار" ت" للمقارنة بين متوسطي درجات الجنسين في مقياس السلوك الجنسي الآمن .

من خلال الجدول رقم **(24)** يتضح أنه لا توجد فروق دالة إحصائيا، فقد بلغ متوسط عند الذكور **(100.86)** وبانحراف معياري قدره **(9.03)** ،وعند الإناث بلغ المتوسط **(104.80)** وبانحراف معياري قدره **(7.81)** ، في حين كانت نتيجة "**T**" المحسوبة **(-1.82)**. وهي قيم غير دالة إحصائيا، مما يعني انه لا توجد فروق في السلوك الجنسي الآمن تعزى لمتغير الجنس.

7– عرض وتحليل نتائج الفرضية السابعة:

التذكير بنص الفرضية :

هناك فروق ذات دلالة إحصائية لدى أفراد العينة في السلوك الجنسي الآمن تعزى لمتغير السن.

مصدر التباين	مجموع المربعات	درجة الحرية	متوسط المربعات	قيمة ف	مستوى الدلالة "ل"	القرار النهائي
بين المجموعات	197.96	3	65.98	0.85	0.47	غ دال
داخل المجموعات	5109.87	66	77.42			
المجموعة	5307.85	69				

الجدول رقم (25): يوضح نتائج تحليل التباين الأحادي لدرجة استجابة عينة الدراسة على مقياس السلوك الجنسي الآمن باختلاف السن .

نلاحظ من خلال الجدول رقم **(25)** أنه لا توجد فروق دالة إحصائيا في استجابة أفراد عينة الدراسة بين مجموعات السن حيث بلغت قيمة ف **(0.85)** وهي قيمة غير دالة إحصائيا عند مستوى الدلالة **0.05**، كما أن الفرق بين المجموعات وداخلها لم يكن متباعدا مما يؤكد على عدم وجود فروق في السلوك الجنسي الآمن تعزى لمتغير السن.

8- عرض وتحليل نتائج الفرضية الثامنة:

التذكير بنص الفرضية:

هناك فروق ذات دلالة إحصائية لدى أفراد العينة في السلوك الجنسي الآمن تعزى لمتغير المستوى التعليمي.

مصدر التباين	مجموع المربعات	درجة الحرية	متوسط المربعات	قيمة ف	مستوى الدلالة " ل"	القرار النهائي
بين المجموعات	1441.76	4	360.44	6.06	0.00	دال عند %1
داخل المجموعات	3866.07	65	59.47			
المجموعة	5307.84	69				

الجدول رقم (26): يوضح نتائج تحليل التباين الأحادي لدرجة استجابة عينة الدراسة على مقياس السلوك الجنسي الآمن باختلاف المستوى التعليمي .

نلاحظ من خلال الجدول(**26**) أنه توجد فروق دالة إحصائيا في استجابة أفراد عينة الدراسة بين مجموعات المستوى التعليمي حيث بلغت قيمة ف (**6.06**) وهي قيمة دالة إحصائيا عند مستوى الدلالة (**1%**)، كما أن الفرق بين المجموعات وداخلها كان متباعدا مما يؤكد على وجود فروق في السلوك الجنسي الآمن تعزى لمتغير المستوى التعليمي وللتحقق من طبيعة تلك الفروق تم استخدام اختبار"**Scheffe** " للمقارنات البعدية للمراحل التعليمية في مقياس السلوك الجنسي الآمن وذلك وفق لما هو موضح في الجدول التالي :

مجموعات المستويات التعليمية		فروق المتوسطات	مستوى الدلالة
أمي	– ابتدائي	6.90	0.70
	– متوسط	4.51	0.89
	– ثانوي	0.51	1.00
	– جامعي	-6.51	0.56
ابتدائي	– أمي	-6.90	0.70
	– متوسط	-2.38	0.98
	– ثانوي	-6.38	0.50
	– جامعي	-13.41*	0.010
متوسط	– أمي	-4.51	0.89
	– ابتدائي	2.38	0.98
	– ثانوي	-3.99	0.77
	– جامعي	-11.02*	0.015
ثانوي	– أمي	-0.51	1.00
	– ابتدائي	6.38	0.50
	– متوسط	3.99	0.77
	– جامعي	-7.03*	0.044
جامعي	– أمي	6.51	0.56
	– ابتدائي	13.41*	0.010
	– متوسط	11.02*	0.015
	– ثانوي	7.03*	0.044

الجدول رقم (27):يوضح نتائج اختبار "**Scheffe**"، للمقارنات البعدية للمراحل التعليمية في مقياس السلوك الجنسي الآمن .

تما الكشف عن اتجاه الفروق باستخدام المعالجة البعدية "**post hoc**" من خلال معادلة "**Scheffe**" ، المحسوبة الدالة عند المستوى"**0.05**" حيث أظهرت النتائج أن هناك فروقا دالة إحصائيا بين الفئة ذات المستوى التعليمي الابتدائي و المستوى التعليمي الجامعي حيث بلغت قيمة «**ل sig =0.01**». و أن هناك فروقا دالة إحصائيا بين الفئة ذات المستوى التعليمي المتوسط والمستوى التعليمي الجامعي حيث بلغت قيمة «**ل sig =0.015**». كما أن هناك فروقا دالة إحصائيا بين الفئة ذات المستوى التعليمي الثانوي والمستوى التعليمي الجامعي حيث بلغت قيمة «**ل sig =0.044**». مما يعني أن هناك فروقا ذات دلالة إحصائيا بين أفراد العينة ذوو المستوى التعليمي الابتدائي والمتوسط والثانوي والجامعي في السلوك الجنسي الآمن لصالح ذوي المستوى التعليمي الجامعي.

9 – عرض وتحليل نتائج الفرضية التاسعة:

التذكير بنص الفرضية:

هناك فروق ذات دلالة إحصائية لدى أفراد العينة في السلوك الجنسي الآمن تعزى لمتغير المستوى الاقتصادي.

درجات المستوى الاقتصادي المتوسط للأفراد على مقياس السلوك الجنسي الآمن		درجات المستوى الاقتصادي الجيد للأفراد على مقياس السلوك الجنسي الآمن		T	درجة الحرية	مستوى الدلالة " ل "	القرار النهائي
المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	-1.96	68	0.054	غ دال
100.42	8.90	104.46	8.21				

الجدول رقم (28): يوضح نتائج اختبار" ت" للمقارنة بين متوسطي درجات المستويات الاقتصادية في مقياس السلوك الجنسي الآمن .

نلاحظ من خلال الجدول رقم **(28)** أنه لا توجد فروق دالة إحصائيا، فقد بلغ متوسط الحسابي عند المستوى الاقتصادي المتوسط **(100.42)** وبانحراف معياري قدره **(8.90)** وعند المستوى الاقتصادي الجيد بلغ المتوسط الحسابي **(104.46)** وبانحراف معياري قدره **(8.21)** ، في حين كانت نتيجة "**T**" المحسوبة **(1.96-)**. وهي قيم غير دالة إحصائيا عند مستوى الدلالة"**0.05**"، مما يعني انه لا توجد فروق في السلوك الجنسي الآمن تعزى لمتغير المستوى الاقتصادي.

ثانيا: مناقشة نتائج الدراسة

1- مناقشة نتائج الفرضية الأولى:

تنص الفرضية الأولى على أنه:" توجد علاقة ارتباطيه دالة إحصائيا بين المعتقدات الصحية والسلوك الجنسي الآمن لدى أفراد العينة ".

وللتحقق من صحة الفرضية قمنا بحساب الارتباط بين متوسطي درجات مقياس المعتقدات الصحية ودرجات مقياس السلوك الجنسي الآمن لدى عينة من المتزوجين باستخدام معامل الارتباط بيرسون، المبين في الجدول رقم**(18)**.

حيث كانت تساوي **(**0,52)** وهي قيمة دالة إحصائيا عند مستوى الدلالة **(0.01)** وبناء على نتائج الجدول رقم**(18)** يتضح أنه:

توجد علاقة ارتباطيه موجبة دالة إحصائيا بين المعتقدات الصحية والسلوك الجنسي الآمن لدى أفراد العينة، وبالتالي فالفرضية الأولى قد تحققت وجاءت مطابقة لما كنا نتوقعه، ومؤيدة لبعض الدراسات ولو أنها غير مباشرة كدراسة كيربي جاكسون حول استخدام نموذج المعتقدات الصحية (HBM) للتنبؤ بنوايا المراهقين حول تبنيهم سلوكيات

ممارسة الجنس الآمن، حيث أكدت هذه الدراسة على أهمية استخدام النماذج النظرية التي من بينها نموذج المعتقدات الصحية في إجراء البحوث الصحية والتعليمة. مما يشير ضمنيا إلى وجود علاقة ارتباطية بين المعتقدات الصحية وإتباع سلوك جنسي آمن. (أنظر إلى الدراسات السابقة – فصل إشكالية البحث ومنطلقاته).

وأيضا دراسة صفاء طميش التي تناولت المعتقدات والسلوكيات الجنسية، وقد دلت نتائج الدراسة على أن هناك علاقة طرديه بين المعلومات والمواقف الجنسية لدى المشاركين في ورشات العمل، وأيضا أن هناك علاقة طرديه بين المعتقدات والمواقف الجنسية لطلبة الجامعة.(صفاء طميش،2006).

كما أن الواقع المعاش يبين أن الأمراض المنقولة جنسيا وخاصة مرض الإيدز الذي أصبح يشكل مشكلة صحية عالمية للأفراد الذين كانوا يسلكون سلوكيات جنسية محفوفة بالمخاطر وغير آمنة، وبطبيعة الحال فالأمراض المتنقلة عبر الجنس لا تفرق بين الأعمار ولا حتى بين هؤلاء المتزوجين كونها أمراض معدية تنتقل بصورة أساسية عن طريق الاتصال الجنسي من الشريك المصاب إلى الشريك السليم.

والذي لاحظناه من خلال التراث النظري أن المعتقدات الصحية تهدف إلى تحسين السلوك الجنسي من خلال تمكين الشركاء الجنسيين من اتخاذ قرارات مستنيرة بشأن السلوك الجنسي الآمن وذلك بغرض تعزيز أنماط الحياة الصحية فربط المعتقدات الصحية بالسلوك الجنسي الآمن يساهم بشكل فعال في الشرح والتنبؤ بسلوكيات الأفراد ذات الصلة بالممارسات الجنسية الأكثر آمانا، من خلال الاستناد إلى العناصر الرئيسية الأربعة لنموذج المعتقدات الصحية.(أنظر إلى الفصل الثاني– المعتقدات الصحية–).

بحيث تركز هذه النظرية على مواقف واعتقادات الأفراد، فهي مستندة على الفهم الذي يتخذ به الشخص إجراء متعلق بالصحة إذا شعر بأن صحته مهددة، مثال ذلك مرض

الإيدز إذ يمكن أن يتفادها الفرد إذا كان عنده توقع ايجابي، وإذا أخذ بما توصي به الخدمات الصحية وما إلى ذلك، كاستعمال واقيات جنسية التي تكون فعالة لمنع الإصابة بالإيدز ، وبالتالي يصبح له اعتقاد بأنها ستنجح هذه العملية الموصى بها ويستعملها بارتياح وثقة.(University of twente,19 /01/2010)

لذا فاعتقاد الأفراد المتزوجين بمدى احتمال إصابتهم بمشاكل صحية وخاصة في الجهاز التناسلي يساهم بشكل كبير في إدراكهم للخطر المحدق بهم إذ لم يستعدوا لمواجهة المشكل الصحي، إذ أن تهديد الإصابة بالأمراض التناسلية الجنسية يلعب دورا هاما في حث دافعية المتزوجين للبدء في السلوك الصحي وذلك بإتباعهم أنماط جنسية آمنة وصحية وهذا بغرض الارتقاء بالصحة الجنسية، ولكن في أغلب الأحيان لا ينفذ هذا السلوك الوقائي إلا إذا أدرك المتزوجين أن فوائد كبيرة ستتبع نشاطهم، وأن الجهد والتكلفة لفعل ذلك النشاط لا يفوق قيمة الوقاية منه.

2- مناقشة نتائج الفرضية الثانية:

تنص الفرضية الثانية على أنه:" توجد فروق ذات دلالة إحصائية في المعتقدات الصحية لدى أفراد العينة تعزى لمتغير الجنس".

وللتحقق من صحة هذه الفرضية قمنا بحساب اختبار **(T)** للمقارنة بين متوسطي عينة الذكور والإناث على مقياس المعتقدات الصحية المبين في الجدول رقم **(19)** حيث كانت تساوي **(0.023)** وهي قيمة دالة إحصائيا عند **5%** .

وبناءا على نتائج الجدول رقم **(19)** يتضح أنه توجد فروق ذات دلالة إحصائية لدى أفراد العينة تعزى لمتغير الجنس لصالح الإناث.

وبالتالي فقد تحققت الفرضية الثانية. إن نتيجة هذه الفرضية جاءت مطابقة لما كنا نتوقعه، وللعديد من الدراسات السابقة، ومن بينها دراسة ليسلي أليسون وكريستوفر حول

الجنس، المعتقدات الصحية والسلوك الصحي وسلوك شرب الكحول، التي كان هدفها الأساسي هو"اختبار مدى فاعلية تأثير استهلاك الكحول من خلال نموذج المعتقدات الصحية" ، حيث توصلت نتائج الدراسة إلى وجود علاقة ارتباطيه دالة إحصائيا بين سلوك استهلاك الكحول وبين نموذج المعتقدات الصحية مع ملاحظة بعض الفروق بين الجنسين. (Allison,1998)

والدراسة التي أجراها جونسون وآخرون، التي كان الغرض منها هو "المقارنة بين المعتقدات الصحية ومرض هشاشة العظام باختلاف الجنس والأعمار"، حيث أسفرت نتائجها على وجود اختلاف بين الجنسين حول خطورة وقابلية الإصابة بترقق العظام. (C..Shanthi Johnson et all., 2007)

ومن خلال النتائج المتحصل عليها لاحظنا أن الفروق بين الجنسين تلعب دورا هاما للاستعداد للتغيير أو إدراك الخطر الصحي، فالبعض يسارعون إلى تجربة كل جديد خاص بالصحة وصيانتها والبعض الآخر يتباطئون في التغيير والإدراك. " ليس الكل مستعد للتغيير في نفس الوقت"، لذا فالمجتمع هو الذي يحدد الأدوار التي يقوم بها كل من الذكر والأنثى، وبناءا على هاته الأدوار يتم تكوين المعتقدات الخاصة لدى كل منهم فكل فرد من أفراد عينة البحث لديه معتقد صحي خاص به ، والواقع المعاش يبين أن الإناث أكثر كفاءة لإنجاز الأمور المتعلقة بالمجال الصحي خاصة الالتزام والانصياع لتوصيات الطبيب، واستعمال المراهم الواقية من أشعة الشمس لحماية الجلد، أكثر من الذكور اللذين قلما يسعون للعلاج والقيام بسلوكيات وقائية كاللجوء إلي حمية غذائية لتخفيف الوزن، أو تجنب مخاطر السياقة المتهورة عكس الإناث اللواتي غالبا ما يكونون أكثر التزاما بالقواعد الصحية السليمة سواء في ممارسة النشاط الرياضي أو الإذعان لقوانين المرور، وهذا راجع إلى اختلاف الطبيعة النفسية لكلا الجنسين باعتبار أن الأنثى يكون لديها إحساس

بالخطورة المدركة لأي حدث في الحياة مما يزيد من حرصها لتجنب الأخطار التي تحدق بها.

وبالتالي فالنتيجة جاءت مطابقة وتتفق مع الواقع النظري الذي يبين أن الأفراد تختلف اعتقاداتهم حول سلوكاتهم من فرد لآخر، كما أن إدراكهم للخطر يختلف حسب معتقداتهم بغض النظر عن مدى صحة أو خطورة هذه السلوكات .(أنظر إلى الفصل الثاني). ونتائج الدراسة الحالية تؤكد لنا وجود فروق بين الجنسين لصالح الإناث، مما يجزم لنا بالتسليم بمسلمة الفروق بين الجنسين.

3- مناقشة نتائج الفرضية الثالثة:

تنص الفرضية الثالثة على أنه:" توجد فروق ذات دلالة إحصائية في المعتقدات الصحية لدى أفرد العينة تعزى لمتغير السن".

وللتحقق من صحة هذه الفرضية قمنا بحساب تحليل التباين الأحادي لاستجابة عينة الدراسة على مقياس المعتقدات الصحية باختلاف السن في الجدول رقم **(20)** حيث كانت تساوي **(0.37)** وهي قيمة غير دالة إحصائيا.

وبناءا على نتائج الجدول رقم **(20)** يتضح أنه لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في المعتقدات الصحية لدى أفرد العينة تعزى لمتغير السن، وبالتالي قد نفيت الفرضية الثالثة.

إن نتيجة هذه الفرضية جاءت مناقضة للدراسة التي أجراها " جونسون وماكليود وليام..." بغرض المقارنة بين المعتقدات الصحية وانتشار عوامل الخطر المرتبطة بهشاشة العظام عبر الفئات العمرية المختلفة ومتغير الجنس، حيث أسفرت النتائج على وجود فروق تعزى لمتغير السن إذ أن الأفراد الأصغر سنا لديهم حساسية مدركة أقل من الأفراد الأكبر سنا. (C. Shanthi Johnson et all., 2007)

وحسب التراث النظري فإن العوامل الديموغرافية تلعب دور وسيط في المعتقدات الصحية ، فسلوك الفرد الصحي يتغير مع التقدم في العمر وعموما فالعادات الصحية التي تتحكم فيها الأعراض المدركة والعوامل المعرفية تكون جيدة في مرحلة الطفولة وتتدهور في مرحلتي المراهقة والشباب، ثم تعود لتتحسن ثانية في الأعمار المتقدمة.(شيلي تايلور،2008) . وهو ما جعلنا نتوقع وجود فروق تعزى لمتغير السن.

لكن النتائج جاءت غير متناسقة مع ما توقعناه ومع الدراسات السابقة لأن المتداول والمعروف أن المعتقدات الخاصة بمجال الصحة والمجالات الأخرى غالبا ما تستمد في بادئ الأمر من الآباء والأجداد ومن غيرهم الذين لديهم الدراية أو من الخبرات الخاصة نتيجة تجارب سابقة بالعلاج التي تتجذر في الفرد لتصبح معرفة تكتسب عن طريق المعلومات، والتي تكون في الغالب قابلة للقياس ويمكن التحقق منها بغض النظر عن الأساليب المتبعة في العلاج والوقاية سواء كانت بدائية أو متطورة صحيحة أم خاطئة لذا تبقى المعتقدات الخاصة بالمجال الصحي نفسها لا تتغير مع العمر إذ تتبلور لتصبح قيم التي تعبر في مجملها عن معتقدات ومعايير ذات أهمية عظمى لدى البشر والتي يشترك أفراد المجتمع صغير أو كبير في الكثير منها ويصعب تغييرها مع التقدم في السن، وهذا ما يفسر النتيجة المتحصل عليها بعدم وجود فروق في المعتقدات الصحية تعزى لمتغير السن.

4- مناقشة نتائج الفرضية الرابعة:

تنص الفرضية الرابعة على أنه:" توجد فروق ذات دلالة إحصائية في المعتقدات الصحية تعزى لمتغير المستوى التعليمي".

وللتحقق من صحة هذه الفرضية قمنا بحساب تحليل التباين الأحادي لاستجابة عينة الدراسة على مقياس المعتقدات الصحية باختلاف المستوى التعليمي المبين في الجدول رقم

(21) حيث كانت تساوي **(0.000)** وهي قيمة دالة إحصائيا. وللتحقق من طبيعة تلك الفروق تم استخدام اختبار"**Scheffe** "، للمقارنات البعدية للمراحل التعليمية في مقياس المعتقدات الصحية.

وبناءا على نتائج الجدولان رقم **(21)** و**(22)** يتضح أن الفرضية الرابعة قد تحققت، وبالتالي فهناك توجد فروق ذات دلالة إحصائية في المعتقدات الصحية تعزى لمتغير المستوى التعليمي لصالح ذوي المستوى الجامعي.

وهو ما كنا نتوقعه فهذه النتيجة جاءت مطابقة للواقع الصحي المعاش والتراث النظري، حيث يعتبر المستوى التعليمي من أهم العوامل المؤثرة في فهم الحساسية المدركة التي تساهم في الوعي والمعرفة بما يتعلق بالدرجة المدركة من الخطورة، إذ لم يواجه الفرد أو يستعد لمواجهة المشكل الصحي ونتائجه الوخيمة، فالأفراد يبقون أصحاء أو يمرضون نتيجة لتصرفهم أو سلوكهم، هاته السلوكات التي تكون في غالب الأحيان مرتبطة بمستواهم الثقافي والتعليمي، الذي يعتبر العامل الذي يساعد على تقييم الفرد للحلول المقترحة من حيث المنفعة وسهولة تنفيذ السلوك الصحي المراد إتباعه.

وحسب الدراسات السابقة فهذه النتيجة جاءت مؤيدة للدراسة التي أجراها "جونسون وماكليود وليام..." حيث أسفرت نتائجها على وجود فروق ذات دلالة إحصائية لأفراد العينة على مقياس المعتقدات الصحية تعزى لمتغير المستوى التعليمي لصالح ذوي المستوى الجامعي.(أنظر إلى فصل إشكالية البحث ومنطلقاته– دراسات السابقة–).

فمؤهلات الفرد العلمية العالية تؤثر في إدراكه لمعتقداته المتعلقة بصحته فذوي المستويات التعليمية الجامعية دائما ما يبحثون عن أساليب للمحافظة على صحتهم من خلال المشاركة في البرامج الصحية التوعوية والاستفادة منها، مما يزيد من فرص إدراك

المخاطر الصحية والعمل على تجنبها، عكس الأميين وذوو المستويات التعليمية المتدنية فكثيرا ما يلجئون لمعتقدات خرافية وبدائية في تفسيرهم للسلوك الصحي .

5- مناقشة نتائج الفرضية الخامسة:

تنص الفرضية الخامسة على أنه:" توجد فروق ذات دلالة إحصائية في المعتقدات الصحية تعزى لمتغير المستوى الاقتصادي".

وللتحقق من صحة هذه الفرضية قمنا بحساب اختبار (**T**) للمقارنة بين متوسطي عينة المستوى الاقتصادي المتوسط والجيد على مقياس المعتقدات الصحية المبين في الجدول رقم (**23**) حيث كانت تساوي (**0.48**) وهي قيمة غير دالة إحصائيا.

وبناءا على نتائج الجدول رقم (**23**) يتضح أنه لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في المعتقدات الصحية لدى أفرد العينة تعزى لمتغير المستوى الاقتصادي وبالتالي قد نفيت الفرضية الخامسة.

إن نتيجة هذه الفرضية جاءت منافية لما كنا نتوقعه ومناقضة للعديد من الدراسات السابقة، ومن بينها دراسة " آن هاس وأندرو ستبتو..." حول العلاقة بين قلة النشاط البدني والسمنة والمعتقدات الصحية باختلاف الثقافة ومستوى التنمية الاقتصادية، حيث أجرى استطلاع مستعرض يضم19298 من طلاب الجامعات من 23 دولة مختلفة في الثقافة ومستوى التنمية الاقتصادية، وأسفرت نتائج الدراسة على وجود علاقة ارتباطية قوية بين المعتقدات الصحية وانتشار الخمول في وقت الفراغ باختلاف التنمية الاقتصادية بين البلدان. (Anne Hasse et all., 2004)

وقد لاحظنا من خلال النتائج المتحصل عليها والتراث النظري المطلع عليه أن المستوى الاقتصادي يلعب دور أساسي في نموذج المعتقد الصحي، إذ يساهم في إدراك أفراد العينة للصعوبات التي قد تصادفهم من خلال إنجازهم للسلوك المطلوب، مثل

التكلفة، لذا فتوقع الفرد لفائدة ما تعقب الإجراءات الوقائية التي تكون في قيمتها لدى الفرد أهم من التكلفة التي يخصها في سبيل الوقاية.(أنظر الفصل الثاني- المعتقدات الصحية-).

أما فيما يخص تناقض نتائج الدراسة المقدمة من طرفنا مع توقعاتنا ربما يعود إلى أن الوعي الصحي قد يوجد بشكل متساوي مع الأفراد ذوي المستوى الاقتصادي الجيد والمتوسط، أي أن الأفراد باحتكاكهم مع بعض باختلاف مستوياتهم الاقتصادية وبسعيهم للأطباء أو حتى إلى من هم أكثر دراية وخبرة وما يسمعون و يشاهدون حولهم يستطعون اكتساب بعض المعارف وبالرجوع إلى الواقع المعاش يبين أن الأفراد الأكثر ثراء أو ذو المستوى الاقتصادي المتوسط على حد سواء أصبحت لديهم إمكانيات للجوء إلى الخدمات الصحية والاستفادة منها أكثر، والانخراط في النوادي وممارسة الرياضة والحمية والارتقاء بمستوى صحتهم إلى الأفضل.

6- مناقشة نتائج الفرضية السادسة:

تنص الفرضية السادسة على أنه:" توجد فروق ذات دلالة إحصائية في السلوك الجنسي الآمن لدى أفراد العينة تعزى لمتغير الجنس".

وللتحقق من صحة هذه الفرضية قمنا بحساب اختبار (**T**) للمقارنة بين متوسطي درجات عينات الذكور والإناث على مقياس السلوك الجنسي الآمن المبين في الجدول رقم (**24**) وكانت تساوي (**0.72**) وهي قيمة غير دالة إحصائيا.

وبناءا على نتائج الجدول رقم (**24**) يتضح أنه لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في السلوك الجنسي الآمن لدى أفراد العينة تعزى لمتغير الجنس، وهو ما جاء منافي لما كنا نتوقعه بالتالي هذه النتيجة جاءت مناقضة للدراسة التي أجراها مجموعة من الباحثين بجامعة بلومنتجون بأنديانا الأمريكية التي كانت عبارة عن دراسة شاملة مسحية عن السلوك الجنسي والصحة، والتي أشارت نتائجها بكل وضوح إلى وجود فروق بين

الجنسين في استخدام الواقي الجنسي والمعرفة حول فيروس نقص المناعة المكتسب والممارسات الجنسية الآمنة، حيث أخذ الذكور أكبر نسبة من الإناث في جميع المراحل العمرية.(LJ. Hall, 1994)

وهذا ما لاحظناه من خلال التراث النظري أن غالبا ما يعزى الباحثون أي عوامل سلوكية صحية أو غير صحية إلى متغير الجنس، وهذا راجع إلى الخصائص الشخصية لكلا الجنسين (ذكر/ أنثى). فمعظم الدراسات وجدوا أن الذكور يحققون درجات أعلى من الإناث في السلوك الصحي، لكن النتائج التي تحصلنا عليها جاءت غير متناسقة مع الدراسات السابقة والتراث النظري، و بما أن العلاقة الجنسية محصلة بين الذكر والأنثى فان المحافظة على الصحة الجنسية و تعزيزها والارتقاء بها "كاستخدام الواقي الجنسي للحماية من الأمراض التناسلية، القيام بالفحوص الدورية..."، هي عملية تتيح للأزواج زيادة المقاومة ومكافحة الأمراض وتحسين صحتهم أو تعريضها للخطر كالانخراط في السلوكيات الجنسية الخطرة، وبالتالي فلا يستطيع احد الأزواج من اتخاذ قرار لحفظ الصحة أو تعزيزها كفرض استعمال الواقي الجنسي على سبيل المثال على طرف دون اللجوء إلى موافقة الطرف الآخر الذي يعتبر طرف مكمل للعملية الجنسية. وهذا ما يفسر النتيجة المتحصل عليها.

7- مناقشة نتائج الفرضية السابعة:

تنص الفرضية السابعة على أنه:" توجد فروق ذات دلالة إحصائية في السلوك الجنسي الآمن لدى أفراد العينة تعزى لمتغير السن".

وللتحقق من صحة هذه الفرضية قمنا بحساب تحليل التباين الأحادي لاستجابة عينة الدراسة على مقياس السلوك الجنسي الآمن باختلاف السن المبين في الجدول رقم(**25**) حيث كانت تساوي(**0.47**) وهي قيمة غير دالة إحصائيا.

وبناءا على نتائج الجدول رقم (25) يتضح على أنه لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في السلوك الجنسي الآمن لدى أفراد العينة تعزى لمتغير السن.

وبالتالي لم تتحقق الفرضية السابعة. إن نتيجة هذه الفرضية جاءت مناقضة لما كنا نتوقعه وأيضا للدراسة التي أجريت بلومنتجون التي كانت عبارة عن دراسة شاملة مسحية عن السلوك الجنسي والصحة، حيث أسفرت النتائج على أن المراهقين هم أكثر احتمالا لاستخدام الواقي الجنسي من البالغين مما يشير إلى وجود فروق تعزى لمتغير السن.(LJ. Hall, 1994)

ووفق للدراسة السابقة المطلع عليها فإن الفئة العمرية الأكثر شبابا هم الأكثر احتمالا لاستخدام الأساليب الجنسية الأكثر أمانا مثل استخدام الواقي الجنسي باستمرار من الفئات العمرية المتقدمة بالسن.

مما يبين أن السلوك الجنسي الآمن يرتبط بشكل كبير بالسن وهذا ما جعلنا نتوقع وجود فروق ذات دلالة إحصائية تعزى لمتغير السن، ولكن النتائج جاءت مناقضة لما توقعناه، فربما يرجع إلى المساواة بين الفئات العمرية للعينة المدروسة في الاهتمام بالجانب الصحي، وفي طريقة طلب المساعدة من اجل معالجة مشاكل الصحة الجنسية من قبل أعوان رعاية الصحة الجنسية، وهذا راجع لطبيعة الموضوع لان المخاطر المتعلقة بالسلوك الجنسي غالبا ما يغلفها الصمت لدى الكبار والصغار، فتبقى المعلومات المتعلقة بالجنس نفسها لا تتطور مع التقدم في السن نظرا للحساسية والحرج الذي يجده الأفراد في طرح مثل هذه الموضوعات، لتتوارث من فرد لآخر، فمن الوارد تمركز فكرة خاطئة أو صحيحة حول الجنس فتبقى المعلومات نفسها لا تتغير عبر مختلف مراحل العمر. وربما يعود سبب عدم تناسق النتيجة مع توقعاتنا إلى أن نسبة الوعي الصحي بالمخاطر الناجمة

عن الاتصال الجنسي غير المحمي توجد بنسب متساوية عبر المراحل العمرية المدروسة في عينة البحث ، حيث تتقارب فيها الأفكار الخاصة المتعلقة بمجال الصحة الجنسية.

8- مناقشة نتائج الفرضية الثامنة:

تنص الفرضية الثامنة على أنه:" توجد فروق ذات دلالة إحصائية في السلوك الجنسي الآمن لدى أفراد العينة تعزى لمتغير المستوى التعليمي".

وللتحقق من صحة هذه الفرضية قمنا بحساب تحليل التباين الأحادي لاستجابة عينة الدراسة على مقياس السلوك الجنسي الآمن باختلاف المستوى التعليمي المبين في الجدول رقم**(26)** حيث كانت تساوي **(0.000)** وهي قيمة دالة إحصائيا. وللتحقق من طبيعة تلك الفروق تم استخدام اختبار"**Scheffe** "، للمقارنات البعدية للمراحل التعليمية في مقياس السلوك الجنسي الآمن .

وبناءا على نتائج الجدولان رقم **(26)** و **(27)** يتضح على أنه توجد فروق ذات دلالة إحصائية في السلوك الجنسي الآمن لدى أفراد العينة تعزى لمتغير المستوى التعليمي لصالح ذوي المستوى الجامعي.

وبالتالي فالفرضية الثامنة قد تحققت، وهو ما جاء مطابق مع توقعاتنا وبالتالي فإن هذه النتيجة جاء مؤيدة لتراث النظري الذي أثبت أهمية المستوى التعليمي وأن التداخلات الرامية لإتباع السلوك الجنسي الآمن تأخذ بعين الاعتبار المستوى التعليمي للأفراد لمساهمته بشكل فعال في فهم المعلومات أو التدخلات الوقائية الرامية لتجنب السلوكيات الجنسية المحفوفة بالمخاطر وإتباع السلوكيات الجنسية الآمنة.

إذ أشارت البحوث المسحية في بلدان أفريقيا إلى ازدياد السلوكيات الجنسية المحفوفة بالخطر بين الأوساط ذات التعليم المتدني مما أدى إلى عدم فهم البرامج الصحية

التي تساهم في تعليم الممارسات الجنسية الآمنة، والتي تحثهم على تغيير سلوكهم الجنسي الخطر .(Maburano,2000)

مما يدل على أن المستوى التعليمي العالي له تأثير قوي لزيادة أو نقصان السلوكات المحفوفة بالخطر إذ تشير الدراسات إلى أن عملية تزويد الجماعات ذات الخطورة العالية بالمعلومات الكافية قد أثبتت فاعليتها في تغيير سلوك الأفراد خصوصا في المجتمعات التي تفتقد إلى المعلومات.(شيلي تايلور،2008).

لأن الأفراد ذوي المستوى التعليمي الجامعي يكونون أكثر استيعابا للبرامج الصحية والاهتمام بالجانب الصحي الجنسي عكس ذوي المستوى التعليمي المنخفض الذين يكونون شبه منغلقين في الأفكار المتعلقة بالجانب الجنسي إذ يصعب التعامل معهم بغرض تغيير فكرة خاطئة أو تثبيت أفكار صحية جديدة.

9- مناقشة نتائج الفرضية التاسعة:

تنص الفرضية التاسعة على أنه:" توجد فروق ذات دلالة إحصائية في السلوك الجنسي الآمن لدى أفراد العينة تعزى لمتغير المستوى الاقتصادي".

وللتحقق من صحة هذه الفرضية قمنا بحساب اختبار (**T**) للمقارنة بين متوسطي عينة المستوى الاقتصادي المتوسط والجيد على مقياس السلوك الجنسي الآمن المبين في الجدول رقم(**28**) حيث كانت تساوي (**0.054**) وهي قيمة غير دالة إحصائيا.

وبناءا على نتائج الجدول رقم (**28**) يتضح على أنه لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في السلوك الجنسي الآمن لدى أفراد العينة تعزى لمتغير المستوى الاقتصادي.

وبهذا فالفرضية التاسعة لم تحقق، وجاءت مناقضة لما توقعناه وللتراث النظري المتناول سابقا، فحسب تايلور فإن السلوكات الضارة بالصحة ترتبط بالنظام الاجتماعي الأوسع فمعظم هذه السلوكيات تنتشر بشكل أكبر بين الأفراد الذين ينتمون إلى مستويات

اجتماعية دنيا، وفي بعض الحالات فإن هذه الفروق في المستويات الاجتماعية تزيد من التعرض للسلوكيات المشكلة.(شيلي تايلور،2008).

مما يترجم لنا أن العوامل الاقتصادية المتدنية للأفراد تؤدي إلى إتباع سلوكيات جنسية أقل أمانا، وأيضا فنتيجة هذه الفرضية جاءت مناقضة للدراسة التي أجريت بـ: بامندا الأفريقية حول تأثير العوامل الاجتماعية والاقتصادية على السلوك الجنسي سنة 1995، حيث جمعت هذه الدراسة معلومات عن خصائص المشاركين في الدراسة المسحية(كالخاصية الاجتماعية والاقتصادية والديمغرافية) وذلك بغرض معرفة مستوى الوعي حول الإيدز والسلوك الجنسي الآمن والتدابير المستخدمة لمنع المرض وخصائص الأفراد الذين تورطوا في السلوكات الجنسية المحفوفة بالخطر، وتوصلت النتائج إلى أن العائلات ذات المستوى الاقتصادي الفقير والمتوسط هم الأكثر عرضة للسلوك الجنسي الخطر على عكس الأسر مرتفعي المستوى المعيشي هم ممن يمارسون الجنس الأكثر آمانا، وبالإضافة إلى ذلك فقد ارتبط العيش في الأسر الفقيرة مع احتمال انخفاض الالتجاء لاقتناء الواقي الجنسي بالمقارنة مع الأفراد الذي مستواهم الاقتصادي أحسن كانوا أكثر مستخدمي الواقي الجنسي. (Maburano,2000)

مما يدل على أن الحالة الاقتصادية للفرد تعتبر عامل وسيط لتبني سلوك جنسي آمن، فالمتداول أن الفرد الأكثر ثراء قد يسعى لشراء الواقي الجنسي للمحافظة على صحته الجنسية والسعي للارتقاء ،عكس ذوي المستوى الاقتصادي المتدني اللذين يسعون لكسب العيش، وبالتالي فإن الخصائص الاقتصادية للأفراد تحدد مدى سرعة اقتنائهم للواقي الجنسي وترددهم للخدمات الصحية بغرض القيام بالفحوص الدورية.

وهو ما جاء مناقض لنتائج دراستنا الحالية حيث تم إلغاء الفروق التي تعزى لمتغير المستوى الاقتصادي، وهذا ربما راجع إلى مستوى المناقشة الصريحة لقضايا

الصحة الجنسية و الثقافة حول السلوكيات الوقائية للصحة الجنسية، وكيفية الارتقاء بها حتى لدى مرتفعي المستويات الاقتصادية، أو ذوو المستويات الاقتصادية المتوسطة ، لذا فان الوقاية من الأمراض التناسلية وتعزيز السلوك الجنسي الآمن متميزان عن بعضهما لكن غايتهما متشابكة بالنسبة لأفراد عينة الدراسة مما أدى إلى وجود نفس الاهتمامات بالجانب الصحي الجنسي، وهو ما يفسر لنا النتيجة المتحصل عليها التي لم تكن منفصلة على المستوى الجيد والمتوسط وهذا راجع إلى القرارات المتعلقة باقتناء واقي جنسي أو القيام بالفحوص الدورية لتجنب الوقوع في الأمراض التناسلية، التي تظهر بصفة متعادلة ومتساوية بين المستويين الاقتصادي الجيد والمتوسط.

ثالثا: المناقشة العامة.

من خلال عرض ومناقشة نتائج الدراسة الحالية، ومن خلال تطبيق مقياس المعتقدات الصحية ومقياس السلوك الجنسي الآمن لدى عينة من المتزوجين فقد توصلنا إلى تحقق أربعة فروض من أصل تسعة، وسنتناول ذلك حسب كل فرضية حيث توصلت النتائج إلى انه:

1- توجد علاقة ارتباطيه موجبة دالة إحصائيا بين المعتقدات الصحية والسلوك الجنسي الآمن لدى أفراد العينة.

2- توجد فروق ذات دلالة إحصائية في المعتقدات الصحية لدى أفراد العينة تعزى لمتغير الجنس لصالح الإناث.

3- **لا** توجد فروق ذات دلالة إحصائية في المعتقدات الصحية لدى أفرد العينة تعزى لمتغير السن.

4- توجد فروق ذات دلالة إحصائية في المعتقدات الصحية لدى أفراد العينة تعزى لمتغير المستوى التعليمي لصالح ذوي المستوى الجامعي.

5- **لا** توجد فروق ذات دلالة إحصائية في المعتقدات الصحية لدى أفراد العينة تعزى لمتغير المستوى الاقتصادي.

6- لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في السلوك الجنسي الآمن لدى أفراد العينة تعزى لمتغير الجنس.

7- لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في السلوك الجنسي الآمن لدى أفراد العينة تعزى لمتغير السن.

8- توجد فروق ذات دلالة إحصائية في السلوك الجنسي الآمن لدى أفراد العينة تعزى لمتغير المستوى التعليمي لصالح ذوي المستوى الجامعي.

9- لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في السلوك الجنسي الآمن لدى أفراد العينة تعزى لمتغير المستوى الاقتصادي.

مما سبق يتضح لنا أن الفرضية الأولى قد تحققت حيث وجدنا علاقة ارتباطية موجبة دالة إحصائيا بين المعتقدات الصحية والسلوك الجنسي الآمن، وهو ما كان مؤيدا للدراسات السابقة والتراث النظري، فحسب نتائج الدراسة الحالية ونموذج المعتقد الصحي فإن احتمال تنفيذ الأفراد لسلوكيات وقائية "استخدام الواقي الجنسي"، كإستراتيجية فعالة لممارسة الجنس المأمون يرجع مباشرة إلى نتائج تقديراتهم حول خطورة المشكلات الصحية التي يواجهونها، كما أن ممارساتهم الوقائية ضد الأمراض المتنقلة عبر الجنس تتوقف على تلك التقديرات الناشئة لديهم .

أما فيما يخص نتائج الفرضيات المتعلقة بالمعتقدات الصحية فقد تحققت الفرضية الثانية والرابعة، حيث جاءت نتائجها مؤيدة للدراسات السابقة وللتراث النظري في حين لم تتحقق الفرضية الثالثة والخامسة، بحيث جاءت نتائجها مناقضة لما توقعناه وغير مؤيدة للدراسات السابقة والتراث النظري.

أما فيما يخص الفرضيات المتعلقة بالسلوك الجنسي الآمن فقد تحققت الفرضية الثامنة، بحيث جاءت نتائجها مؤيدة للدراسات السابقة ولما توقعناه في حين لم تتحقق الفرضية السادسة والسابعة والتاسعة التي جاءت نتائجها مناقضة للدراسات السابقة ولما توقعناه.

ومع ذلك نستطيع أن نقول من خلال هذه الدراسة ولو أن معظم نتائجها جاءت مناقضة لما توقعناه أن السلوك الجنسي الآمن يؤثر ويتأثر بحالة المجتمع الاجتماعية والثقافية، فهو يتأثر سلبا بانتشار الأمية وبتقاليد المجتمع وعاداته ومعتقداته، فعندما نتكلم عن السلوك الجنسي الآمن لا بد أن ننظر إلى السلوكيات ذات العلاقة بالزواج والعلاقات

ذات الخصوصية، هذه السلوكيات التي تتحكم فيها عوامل معقدة، ونرجع إلى العامل الذي له دور هام للرقي بمستوى السلوك الجنسي وهي الخدمات الصحية التي تساهم في الوقاية من المشاكل المتعلقة بالخطورة خاصة بالجنس غير آمن إذ هي التي توفر المعلومة لتلبي الاحتياجات الصحية للفئات والشرائح المختلفة من المجتمع، لذلك يجب الاستعانة بنموذج المعتقدات الصحية في مجال الخدمات الصحية، وهذا نتيجة مساهمته في التنبؤ لأسباب السلوك المتبع سواء آمن أو خطر، مما يساعد الأفراد على معرفة أسباب تصرفاتهم ومشكلاتهم الصحية، إذ أن المعتقدات الصحية للأفراد تتوقف على نوعية السلوك المسبب للمشكلة الصحية وتدخل في الحسبان العوامل الاقتصادية والاجتماعية و التعليمية وعامل السن والجنس لتنبؤ بالسلوك المتبع لتعديله. ولكن نتائج الدراسة الحالية بينت أن أسباب السلوك المتبع للممارسات التي تحافظ وتساند الصحة عادة ما تكون متعلقة بالعوامل المعرفية ، والديمغرافية و بالمستويات التعليمية.

ومن خلال الدراسة الميدانية خلصنا إلى أن الأفراد المتزوجين غالبا ما يربطون الممارسات الجنسية الآمنة بالزواج الشرعي باعتبارهم أن الشريك الجنسي الشرعي يكون أكثر آمانا وإلى قناعتهم الخاصة بأن صحتهم الجنسية غير مهددة وفي حال أفضل وبمأمن من الإصابة بالأمراض المتنقلة عبر الجنس وهذا راجع إلى انعدام ثقافة الصحة الإنجابية والجنسية في المجتمع الجزائري باعتبار اعتقاد البعض من الأفراد أن اتخاذ قرار بشأن إتباع نمط جنسي آمن لا يخصهم كأفراد متزوجين، وبالتالي لن يعود عليهم بالفوائد.

الخاتمـــــة:

اعتبر نموذج المعتقدات الصحية من أكثر النماذج النظرية شيوعا في الأوساط الصحية خاصة في مجال الصحة العامة، حيث يعتمد عليه إلى حد كبير في تفسير بعض الممارسات الصحية الوقائية، وتسعى هذه النظرية إلى تحديد المبادئ التي تتحكم في سلوك الفرد الوقائي وتحاول التنبؤ بتصرفاته في المواقف الصحية المختلفة.

وقد توصل العالم " جانز بيكر 1984" إلى أن معظم البحوث والدراسات التي اعتمد في تنبؤها بالسلوكيات الوقاية على المعتقدات الصحية قد وجدت أدلة قطعية تثبت وجود علاقة وطيدة بين إدراك الخطر من جهة وصدور السلوك الصحي الوقائي من جهة أخرى، بمعنى آخر أنها كلما توفرت قناعة لدى الفرد حول استعداده لمرض معين وتعرضه لخطر الإصابة به، كلما أقبل على ممارسة سلوكيات وقاية ضد هذا المرض كوضع استراتجيات وقائية فعالة بإتباع السلوك الجنسي الآمن للتصدي لمشكلات صحية خطيرة مثل خطر الإصابة بمرض الإيدز، وعادة بإتباع الفرد للسلوك الصحي كالممارسة الجنسية الآمنة تعود بفائدة على الفرد فهي تساعده على الوقاية من المرض وتحسن صحته.

وفي المقابل قد يسلك الأفراد المتزوجين في ممارستهم الجنسية، سلوكات خطرة وغير آمنة تأثر سلبا على حياتهم، وتساهم في تفاقم الأمراض، وبالرغم من خطورتها إلا أنهم يستمرون في ممارستها، وكل هذا يعزى إلى العوامل المؤثرة في سلوكهم، فربما تعزى إلى الخصائص الديمغرافية (الجنس، الحالة الاجتماعية...) وأحيانا أخرى تعزى إلى العوامل التعليمية والثقافية التي تختلف من شخص لآخر. لذا فقد كان الهدف من الدراسة الحالية هو محاولة معرفة العلاقة الكامنة بين المعتقدات الصحية والسلوك الجنسي الآمن لدى المتزوجين، ومعرفة الفروق في مقياسي المعتقدات الصحية، والسلوك الجنسي

الآمن لدى عينة الدراسة تعزى لمتغيرات السن، الجنس، المستوى التعليمي، المستوى الاقتصادي.

حيث خلصت نتائج هذه الدراسة إلى أنه:

- توجد علاقة ارتباطيه موجبة دالة إحصائيا عند مستوى دلالة (0.01) بين المعتقدات الصحية والسلوك الجنسي الآمن لدى أفراد العينة.

- توجد فروق ذات دلالة إحصائية في المعتقدات الصحية لدى أفراد العينة تعزى لمتغير الجنس لصالح الإناث، ومتغير المستوى التعليمي لصالح ذوي المستوى الجامعي.

- توجد فروق ذات دلالة إحصائية في السلوك الجنسي الآمن لدى أفراد العينة تعزى لمتغير المستوى التعليمي لصالح ذوي المستوى الجامعي.

-لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في المعتقدات الصحية لدى أفرد العينة تعزى لمتغير السن، ومتغير المستوى الاقتصادي.

- لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في السلوك الجنسي الآمن تعزى لمتغير الجنس، السن، و متغير المستوى الاقتصادي.

وبهذا فقد تحققت الفرضية الأولى والثانية والرابعة والثامنة ولم تحقق الفرضية الثالثة والخامسة، السادسة والسابعة والتاسعة.

وعلى حسب ما تناولناه في هذه الدراسة بجانبيها النظري والميداني نستنتج أن:

نموذج المعتقدات الصحية من شأنه أن ينبأ بسلوك الأفراد المتزوجين اتجاه الممارسة الجنسية الآمنة والصعوبات التي تواجههم أثناء محاولتهم إتباع سلوكيات جنسية آمنة وكيفية إدراكهم لها، لأن التعرف على الأسباب والعوامل التي تساهم في إتباعهم الممارسة الجنسية الآمنة أو الخطرة تمكننا من اقتراح التغيير المناسب وإيجاد الحلول الملائمة لمشاكل الصحة الجنسية.

ومع هذا تبقى هذه النتائج بحاجة لمزيد من البحث والدراسة والتقصي بغية الوصول إلى ضبط أكثر لهذه المتغيرات باستخدام فرضيات أخرى وعينة أكبر حجما للاستفادة أكثر من نتائجها.

التوصيات والاقتراحات:

1 – التوصيات:

من خلال الدراسة الميدانية التي قمنا بها والنتائج المتحصل عليها يمكن إدراج التوصيات والاقتراحات التالية:

✓ **بالنسبة للعاملين في مجال الخدمات الصحية:**

– التركيز على حملات التثقيف الصحي في مجال الجنس، وتوفير المعلومات حول فاعلية الواقي الجنسي ومأمونيته وبالتالي إتباع سلوك جنسي آمن.

– إجراء اختبارات لتقييم فعالية الواقي الجنسي وإتاحته بصورة متسقة لكل المحتاجين إليه بغرض تقليص الإصابة بالأمراض التي تتنقل عبر الجنس لأنه يعتبر من استراتيجيات الوقاية الشاملة للصحة العامة.

– التركيز على عمليات التوعية والوقاية من المخاطر بإجراء الفحوص الدورية، وذلك بهدف تغيير السلوك الخطر لدى الأفراد، وتعلم معتقدات صحية إيجابية.

– تعاون المسؤولين داخل وخارج وزارة الصحة والسكان لتطبيق مفهوم الجنس الآمن.

– وضع إستراتيجية وخطة عمل لتعزيز السلوك الجنسي الصحي.

– تدريب موظفين في مجال الصحة على تطبيق خطة لتعزيز السلوك الجنسي الصحي.

– تعزيز أنماط الصحة الجنسية والإنجابية بتقديم معلومات لدى فئة المقبلين على الزواج.

– تغيير المعتقدات السلبية للأفراد بأخرى صحية إيجابية اتجاه بعض القضايا المتعلقة بالجنس والصحة.

2- الاقتراحات:

- إجراء دراسة مقارنة للكشف عن العلاقة الكامنة بين المعتقدات الصحية والسلوك الجنسي غير آمن " لدى عينة من الأفراد الأصحاء والمرضى بالسيدا" .

- إجراء دراسة تتناول العلاقة بين المعتقدات الصحية والسلوكات الجنسية غير آمنة " لدى عينة من المساجين".

- إجراء دراسة للكشف عن الاتجاهات الايجابية نحو الواقي الجنسي واستخدامه بالاعتماد على نظرية الفعل المقصود.

قائمة المراجع

قائمة المراجع:

- المراجع العربية:

01- الحاج علي محمد(د. ت): **التربية الجنسية دراسة تحليلية تربوية نفسية اجتماعية فلسفية بيولوجية وصحية**، (ب. ط)، مكتبة ابن خلدون. ص.13.

02- الأمراض التناسلية (د. ت) **:السيلان والزهري**. تم استرجاعها في تاريخ 22جانفي،2009 من: http.//www. Sida –info-service. Org

03- الموسوعة الطبية(د. ت): **الجنس الآمن**، الشركة العربية للنشر الالكتروني، تم استرجاعه في تاريخ 10فيفري، 2010 من:
http://www.feedo.net/qualityoflife/Sexuality/SexualPractices/SafeSex.htm

04- إس- كون (1992): **الجنس من الأسطورة إلى العلم** ، ترجمة منير شحوذ، ط1، دار الحوار للنشر والتوزيع اللاذقية ، سوريا. ص11،19- 20 .

05- جان كهن وآخرون (2005): **موسوعة الحياة الجنسية**، ترجمة محمد حسين شمس الدين،(ب. ط)، دار الفراشة للطباعة والنشر والتوزيع، بيروت، لبنان. ص.26-29، 63-64،66.

06- جمعية الصحة العالمية التاسعة والخمسون (2- 18 أيار 2006)، **الإستراتجية العالمية بشأن الوقاية من الأمراض المنقولة جنسيا و مكافحتها للحقبة 2006-2015**، الملحق 2 ص.83-84 . تم استرجاعه في تاريخ:21 نوفمبر، 2010 من:
-http:/www.apps.who.int/9b/ebwha/pdf-files/WHA59-REC 1/a/ar-annex 2.Pdf

07-حسن الباش (د.ت): **المعتقدات الشعبية في التراث العربي**، ط1، دار الجليل.ص .6.

08- حنان السيد بدر وفليب مودي (2005): **معتقدات الموظفين الحكوميين الذكور حول محل التحكم في الصحة وحول التدخين**، مج 11، العدد 2.1، المجلة الصحية للشرق المتوسط منظمة الصحة العالمية.

09- ربحي مصطفى عليان، عثمان محمد غنيم (2000): **مناهج وأساليب البحث العلمي (النظرية، والتطبيق)** ، ط1، درا صفاء للنشر والتوزيع، عمان. ص.42-43.

10- زياد العنزي (12 ديسمبر2006): **دراسة استطلاعية سعودية حول السلوك الجنسي لطلاب الجامعات**،نشرت نتائجها الطبعة السعودية لصحيفة " الحياة اللندنية" تم استرجاعه في تاريخ 17 ديسمبر 2010 من:
http://www.mbt3th.us/vb/forum4/thread11806.html

11- سامر جميل رضوان،كونراد ريشكة(د.ت): **السلوك الصحي والاتجاهات نحو الصحة دراسة مقارنة بين طلاب سوريين وألمان**،تم استرجاعه في تاريخ 22 ديسمبر،2009 من:
http://www.alba7es.com/Page1220.htm

12- سامر جميل رضوان (2009): **نص معدل من الفصل الثاني الحياة الجنسية الزوجية والصحة النفسية، من كتاب الصحة النفسية**، ط3، دار ميسرة، عمان.
تم استرجاعها في تاريخ: 23 ديسمبر،2009 من:
http://psycho arab.napage.de /health relation- 8920341.htm1.

13- شيلي تايلور (2008):**علم النفس الصحي**، ترجمة وسام درويش بريك و فوزي شاكر طعمية داوود، ط1، دار الحامد، عمان الأردن.ص.2(801)،126-127،143-144،145، 278.

14- صفاء طميش(2003) : **ورشات عمل حول المعتقدات والسلوكيات الجنسية في المجتمع الفلسطيني في الضفة الغربية وغزة**، مجلة الحوار المتمدن - العدد: 386 - 2003 / 2 / 3 المحور: العلاقات الجنسية والأسرية. تم استرجاعها في تاريخ 05 ديسمبر، 2010 من:http://www.ahewar.org/debat/show.art.asp?aid=%205277

15- صندوق الأمم المتحدة للسكان (1998):**إحصائيات حول انتشار مرض الايدز في العالم** ،منشور لمجموعة إصدارات 1998-2003 .

16-عبد الرحمن العيسوي (1997): **في علم النفس البيئي**، (ب.ط) ، دار المنشأة ، القاهرة. ص.207.

17- عبد اللطيف محمد خليفة (1998): **دراسات في علم النفس الاجتماعي**(مجلد1)، (ب.ط)، دار قباء للطباعة والنشر والتوزيع، القاهرة. ص.52،16

18- عبد الله ناصح علوان (د. ت): **تربية الأولاد في الإسلام** ،ج1(ب .ط) ، دار الشهاب، باتنة ،الجزائر. ص. 499.

19- عثمان الطويل (د.ت):**التربية الجنسية في الإسلام للفتيـــات والفتيـــان**،(ب. ط) دار الفرقان .جدة. ص.8.

20- عثمان يخلف(2001): **علم النفس الصحة الأسس النفسية والسلوكية للصحة** ، ط1، دار الثقافة للطباعة والنشر والتوزيع الدوحة.ص.32،31،33-34.

21- علي إسماعيل عبد الرحمان(د.ت):**الجنس متعة وحياة** . ص16-19 .تم استرجاعه في تاريخ: 20 جانفي، 2009. من:
http://www.knowurself.net/forum/showthread.php?p=8343

22- فرازنه رودي فهمي ، لوري آشفورد(ماي 2008): **المكتب المرجعي للسكان الصحة الإنجابية والجنسية في الشرق الأوسط وشمال إفريقيـــا** (دليـــل الإعلاميـــين)، ترجمـــة وتحرير أحمد رجاء عبد الحميد رجب، القـــاهرة.ص.78. تـــم اســـترجاعه فـــي تـــاريخ 15فيفري، 2010 من:
http:// www.Prb.org/reports/2008/ mediaguide.as px

23- فراس السواح (1994)**: دين الإنسان**،ط1، دار علاء الدين، دمشق ســـوريا.ص.47-48

24- فراس السواح (1997)**: الأســـطورة والمعنـــى**، ط1، دار عـــلاء الـــدين، دمـــشق سوريا.ص.146.

25- ليلي الأحدب(2005): **ما نعامه لأولادنا ألف باء الحب والجنس**، ط2، دار الـــسلام للطباعة و النشر والتوزيع والترجمة، القاهرة . ص. 225- 226.

26- ليندزي وبوال (2000) :**مرجع في علم النفس الإكلينيكي للراشدين** ،ترجمة صفوت فرج ، (ب.ط)،مكتبة الأنجلو المصرية ،القاهرة. ص.572،561.

27- محمد الجوهري (1993)، **الدراسات العلمية للمعتقدات الشعبية** ،ط3، دار المعرفـــة الجامعية الإسكندرية. ص.49.

28- محمد قاسم عبد الله (2001)**: مدخل إلى الصحة النفسية**، ط1، دار الفكر للطباعـــة والنشر والتوزيع ،عمان. ص. 411.

29- مجموعة من الأطباء وعلماء النفس(د.ت)**: كل شيء في الجنس** ،(ب.ط) ،الناشـــر مكتبة شوقي ،الأزبكية ،القاهرة. ص. 12-13 . تم استرجاعه في تاريخ 05 فيفري، 2010 من : http:// www.hayah.cc/forum/t10246.html

30- معتز سيد عبد الله (2001): **<u>بحوث في علم النفس الاجتماعي</u>** مـــج1،(ب. ط)، دار غريب للطباعة والنشر ، القاهرة .ص.8

31- منتدى الطب والأبحاث العلمية(د.ت) : **<u>انتبه الجـــنس خطـــر علـــى الحيـــاة</u>**، تـــم اســـترجاعها فـــي تـــاريخ 17مـــاي،2010 مـــن : . http://www.jr7ei.net/vb/showthread.php?t=17800

32- موريس شربل(د. ت): **<u>التربية الجنسية</u>**،(ب. ط)، دار المناهل للطباعـــة والنـــشر والتوزيع ،بيروت .لبنان. ص. 105- 107.

33- موسوعة الصحة الجنسية(د. ت): **<u>مبيد الحيوانات المنوية</u>**. تم استرجاعها في تاريخ 04جانفي،2009 من: http://forum.sedty.com/t180201.html

34- موسوعة ويكيبيديا(د.ت) : **<u>جنس امن</u>** . تم استرجاعها في تـــاريخ 19فيفـــري،2010 من:
http://ar.wikipedia.org/wiki/%D8%AC%D9%86%D8%B3_%D8%A2%D9%85

35-نفيسة الجعلي (د.ت) **<u>:تاريخ الثورة الجنسية</u>**، تم استرجاعها في تاريخ 22 ديسمبر،2010 من: http://www.sudaneseonline.biz/cgi-bin//sdb/2bb.cgi?seq=msg&board=58&msg=1134508811

36- هيثم البوسعيدي (2009) **<u>:قوة العلاقة بين المعتقد والسلوك في حياة الإنـــسان</u>** ،تـــم استرجاعه في تاريخ: 15 ديسمبر، 2010 من :

http://www.diwanalarab.com/spip.php?article17099

- المراجع الأجنبية:

37 -Allison Minugh, Christopher Rice, Leslie Young (1998): **<u>Gender, health beliefs, health behaviors, and alcohol consumption</u>**,American Journal of Drug and Alcohol Abuse, August, 1998,retreived april 15th , 2010, from:http:// findarticles.com/p/articles/mi_m0978/is_n3_v24/ai_21154253/pg_2

38 -Anne Haase, Andrew Steptoe, James F. Sallis and Jane Wardle(july 2004) **:<u>Leisure-time physical activity in university students from 23 countries: associations with health beliefs, risk awareness, and national</u>**

economic development . Preventive Medicine, Volume 39, Issue 1 , Pages 182 -190.retrieved may 2nd ,2010, from:
http://www.sciencedirect.com/science?_ob=ArticleURL&_udi=B6WPG-C5PV44-1&_user=10&_coverDate

39 -Arthur W. Blum., Ty W. Lostutter., Karen B. Schmaling, and G. Alan Marlatt, (2003):**Beliefs About drinking behavior predict drinking consequences,** the Alcohol and Drug Abuse Institute of the University of Washington and in part by Merit Award AA 5R37AA05591 from the National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism ,J Psychoactive Drugs. Author manuscript; available in PMC 2006 October 4. Published in final edited form as:J Psychoactive Drugs. 2003; 35.

40-BC Centre for Diseases control (March,2010): **All we need to know about sexually transmitted diseases**,retrieved march 20th ,2010. From: http:// WWW.Stdresource .com. p.1, 13.

41-Bergson (n.d): **La croyance: essai de conceptualisation de la notion**, Retrieved octobre 5th ,2010. from: http:// WWW.Philoflo.Fr/resources/la +Croyance p.d.f.

42-Carolina Werle et all (s.d) **: les déterminants des comportements de santé préventive** : revue de la littérature, perspective de recherche et étude exploratoire.

43 -C. Shanthi Johnson, William McLeod Laura Kennedy Katherine McLeod **(**29 jun 2007**): Osteoporosis Health Beliefs Among Younger and Older Men and Women** , , retrieved feb 10th ,2010,from:
http://www.cfah.org/hbns/archives/viewSupportDoc.cfm?supportingDocID=650

44-Dallabetta.G, Laga.M, Lamptey.p et all (1997): **control of sexually transmitted diseases:** a hand book for the design and management of programs Arlington va: Aids Cap/Family health International. p.36

45-David Gauchman(1997):**Hand book of health behavior I personal and social determinant**, Springer New York. P.10.

46-Dole,J.A sinatra GM (1994):**social Psychology research, on beliefs and attitudes** ,Implications for research on learning From text, In RGraner P.A.Alex Ander(Eds)Belief's about text and instruction. P. 248-249.

47-Entre prise prévention(2004): **Comportement a risque**, retrouvée le 05 Avril,2010 de: //WWW.ep.soif de vivre.comAlcool+et+sante/Glossaire/74.aspx

48- Gale Encyclopedia of Public Health(n.d): **Health Belief Model**, retrieved January 19th, 2010, from: http://www.answers.com/topic/health-belief-model.

49-Gustave- Nicolas Fischer(2000): **Traite de psychologie de la santé** ,Du NOD. Paris. p.6.

50- Haffner, D.W. (March, 1990**): Sex education**,**Sex Information and Education,** Council of the U.S, New York. P.28.

51- Hofer.B.k (2008): **Personal epistemology and culture**, springer, New York .p .14.

52-Hofer (b.k), & pintritch, (p.r) (1997): **The development of epistemological theories**, Educational Research, Springer, New York. P. 111.

53-Jane Ogden (2007):**health psychologies: A text book** ,Fourth edition open university press. New York .USA . p. 23-24.

54- Kazrian, S.S, Evans, D.R (2001): **Hand book of cultural health psychology** ,USA BUK: Academic press. p.120.

55- Kirby Jackson**(**1991): **Using the Health Belief Model to Predict Safer Sex Intentions among Adolescents**, retrieved feb10th, 2010, from : http://heb.sagepub.com/content/18/4/463.abstract

56- L.J Hall (1994)**:Researchers publish comprehensive study on sexual behavior and health of Americans ages 14-94**, retrieved April 10th , 2010, from:http://www.abcactionnews.com/dpp/news/national/researchers-publish-comprehensive-study-on-sexual-behavior-and-health-of-americans-ages-14-94

57- Lorraine M. Reiser (2007): **health beliefs and Behaviors of college women**, submitted to the graduate faculty of Nursing in partial fulfillment of the requirement for the degree of Doctor of Philosophy. University of Pitts burgh, p.16-17. Retrieved, April 16th, 2009, from:
http://etd.library.pitt.edu/ETD/available/etd-01302008

58-Marilou .Bruchon−Schweitzer(2002) :**psychologie de la santé** , Dunod paris. P.29, 34- 35.

59-Marjorie Rabiau, Barbel Knauper and Paule Miquelon (2006): **The eternal quest for optimal balance between maximizing pleasure and minimizing harm** , the compensatory health Beliefs model; British, Journal of health Psychology. P.11.

60- Mburano Rwenge (September ,2000**): Sexual Risk Behaviors Among Young People In Bamenda, Cameroon International Family Planning Perspectives Volume 26, Number 3**, retrieved march10th,2010,from:
http:// www .guttmacher .org/pubs/journals/2611800.html.

61- Ministère des solidarités de la sante et de la famille(2008) :**le petit livre des infection Sexuellement transmissibles**, République française, Paris. P.12

62- Population Reports(April 9th , 1999 **): Closing the condom** ,gap. *Pop Rep* Volume XXVII, no. 1, *Series H*
Retrieved march 05, 2010 from ://info.k4health.org/pr/j50/j50.pdf

63- Schommer.M (1998):**the role of adults Beliefs about Know Ledge in school**, Perspectives from educational psychology. New York. P .129.

64- Strecher.V.J .and Rosen's tock (1997):**the Health Beliefs Model** , In health behavior and health Education: Theory, Research, and Practice, eds.K .Glanz, F.M .Lews, and B. K. Rimer .Sanfrancisco, Jossey-Bass.

65-Tharinger, D.J (1987**) : Children's needs: Psychological perspectives.** Washington, DC. P.535-536.

66- UNAIDS_UNICEF (2005):**Glossary of terms appropriate to the HIV / AIDS guide users in English and Arabic** .p.42, 48. retrieved march 10, 2010 from:

http://www.id3m.com/D3M/AllAboutNews/Documents/imp_terms_for_HIV.pdf.

67- University of twente (n.d): **Health Beliefs Model**. retrieved January 19th ,2010, from:

http://www.utwente.nl/cw/theorieenoverzicht/Theory%20clusters/Health%20Communication/Health_Belief_Model.doc/index.html

68-World health organization (Jully, 2002): **considerations Regarding reuse of the female condom** , Reproductive health Matters.Geneva:WHO, retrieved January 15th ,2010, from:

http://findarticles.com/p/articles/mi_hb264/is_20_10/ai_n28974565/pg_3/?tag=content;col1.

69- World Health Organization(2003): **Handbook on access to HIV/AIDS-related Treatment**, a collection of information, tools and resources for NGOs, CBOs and PLWHA groups. Geneva: WHO. retrieved march 22th ,2009, from http://data.unaids.org/publications/IRC-pub02/jc897-handbookaccess_en.pdf

70-World Health Organization(2003): **Guidelines for the management of sexually transmitted infections**. Geneva: WHO.

Retrieved, march 22th, 2010, from:

http://www.scielosp.org/scielo.php?pid=S0042-96862004000600012 &script=sci_arttext&tlng=pt 111353/unrestricted/dissertation_reiser_ 013008.pdf. p. 15-16.

الملاحق

الملحق رقم: 01

جامعة الحاج لخظر _ باتنة_

قسم :علم النفس

مقياس المعتقدات الصحية

إعداد الطالبة: خشاب سعاد

بيانات عامة :

- **الجنس:**
- **السن:**
- **المستوى التعليمي:**
- **المستوى الاقتصادي:**

*** تعليمة المقياس:**

في إطار القيام بدراسة حول علاقة المعتقدات الصحية بالسلوك الجنسي الآمن لدى المتزوجين، فيما يلي مجموعة من العبارات المطلوب منك أن تجيب عليها بوضع علامة (X) في الخانة المناسبة أرجوا أن تجيب على كل العبارات بصراحة وصدق وأن لا تترك عبارة بدون إجابة لأن هذا يساهم في خدمة وإثراء هذه الدراسة وتأكد من أن معلوماتك ستوظف لأغراض علمية فقط، وأنها ستحظى بقدر عالي من السرية والائتمان.

الرقم	العبــــــــــــــارة	بدرجة معدومة	بدرجة ضعيفة	بدرجة متوسطة	بدرجة كبيرة	بدرجة كبيرة جدا
01	تدخين السجائر يعرضني للإصابة بسرطان الرئة.					
02	الإكثار من المشروبات المنبهة يعرضني للإصابة بالأمراض الوعائية القلبية .					
03	أستعمل الواقي الجنسي بهدف الحماية من الأمراض التناسلية خاصة السيدا.					
04	ألجأ إلى الحمية الغذائية للوقاية من السمنة .					
05	عدم التزامي بقوانين المرور يعرضني للوقوع في حوادث مميتة .					
06	أحافظ على صحتي بالإقبال على الأكل قليل الدسم					
07	عدم تناولي للدواء الموصوف لي في موعده يعرضني إلى حدوث مضاعفات .					
08	اقتنائي دواء بدون وصفة طبية يعرضني إلى مشاكل صحية .					
09	عدم غسل أسناني بعد كل وجبة يعرضها لتسوس.					
10	ألجأ لمراجعة الطبيب بانتظام لإجراء الفحوص الدورية لتجنب الوقوع في المرض .					
11	قلة الحركة والجلوس المطول يعرضني للإصابة بسكتة دماغية .					

12	ألجأ إلى استخدام المواد الواقية من الشمس للحماية من سرطان الجلد.					
13	أسعى للحصول على تلقيح ضد مرض معين .					
14	الإفراط في استهلاك الكحول يعرضني للعديد من المشكلات الصحية " كارتفاع ضغط الدم- تليف الكبد...".					
15	أتناول كمية كبيرة من الماء للتخلص من الأملاح الزائدة .					
16	أغسل يداي قبل كل وجبة غذائية للحماية من الجراثيم المنتشرة .					
17	عدم انصياعي للتوصيات العلاجية يعرضني للإصابة بالعديد من الأمراض .					
18	استنشاقي للدخان المنبعث من سجائر المدخنين يتسبب لي في حدوث مشاكل صحية" كالالتهاب الشعبي – انتفاخ الرئة ".					
19	أمارس الرياضة بانتظام لتفادي مشكلات صحية عدة " كأمراض القلب – ضغط الدم- السكري".					

الملحق رقم02 :

جامعة الحاج لخظر _ باتنة_

قسم :علم النفس

مقياس السلوك الجنسي الآمن

إعداد الطالبة: خشاب سعاد

بيانات عامة :

- **الجنس:**
- **السن:**
- **المستوى الاقتصادي:**
- **المستوى التعليمي:**

- **تعليمة المقياس:**

في إطار القيام بدراسة علاقة المعتقدات الصحية بالسلوك الجنسي الآمن لدى المتزوجين، فيما يلي مجموعة من العبارات المطلوب منك أن تجيب عليها بوضع علامة (X) في الخانة المناسبة أرجوا أن تجيب على كل العبارات بصراحة وصدق وأن لا تترك عبارة بدون إجابة لأن هذا يساهم في خدمة وإثراء هذه الدراسة وتأكد من أن معلوماتك ستوظف لأغراض علمية فقط،و أنها ستحظى بقدر عالي من السرية والائتمان.

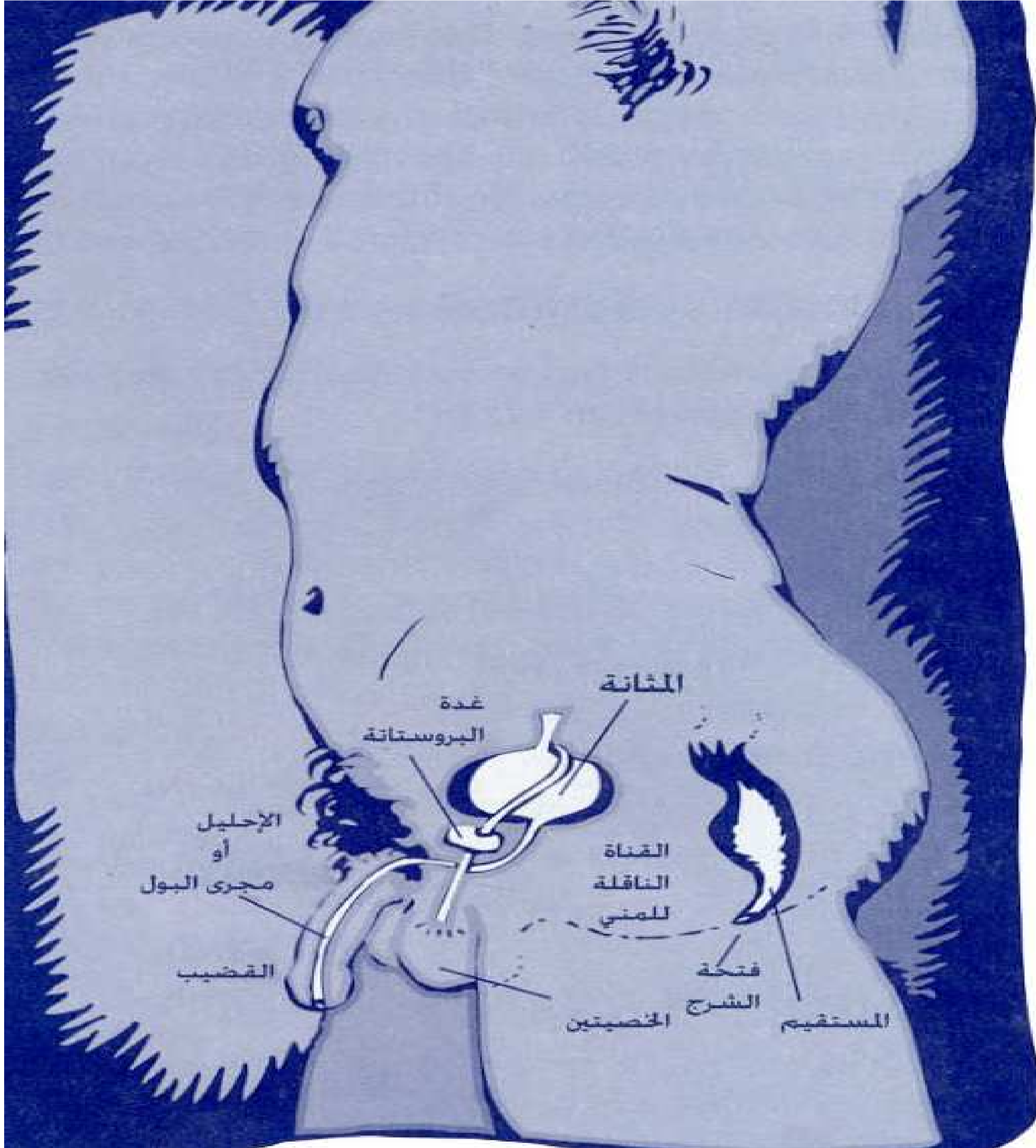
الرقم	العبـــارة	أبدا	نادرا	أحيانا	كثيرا	دائما
01	أقتني مجلات أو شرائط فيديو تعرض مشاهد فاضحة جنسيا.					
02	أنا مكتفي (ة) بالشريك الجنسي الأصلي .					
03	أحرص على استخدام الواقي الجنسي.					
04	أخضع للتطعيم ضد الأمراض الفيروسية التي يمكن أن تنتقل بالاتصال الجنسي.					
05	نحرص على وضع استراتجيه الانسحاب قبل القذف قصدا للحماية من تسرب أي عدوى تناسلية محتملة.					
06	أتناول أدوية منشطة للقوة الجنسية .					
07	أمارس الرياضة للمحافظة على قدراتي الجنسية.					
08	أقوم بالنوم الكافي قبل ممارستي للعملية الجنسية .					
09	ألجأ إلى ممارسة العادة السرية" الاستمناء".					
10	حدث وأن فرض عليا الشريك الأصلي ارتداء الواقي الجنسي قصدا للحماية من الأمراض السرطانية .					
11	أستعمل الواقي الجنسي كسلوك حماية من الأمراض التناسلية .					
12	أقوم بسلوكات جنسية شاذة" الجنسية المثلية،..." من شأنها أن تصيبني بأمراض تناسلية خطرة .					
13	ألجأ إلى عدة شركاء في ممارستي للعملية الجنسية.					
14	أتفادى تعاطي المواد المخدرة أثناء ممارستي للجنس.					
15	حدث وأن قمت بممارسة الجنس مع الحيوانات.					
16	أخضع مع الشريك الجنسي الأصلي لاختبارات وفحوصات دورية للتأكد من خلونا عن وجود أي مرض تناسلي.					
17	تورطت في ممارسات جنسية غير آمنة وخطرة رغم معرفتي أنها قد تسبب لي الضرر الصحي.					
18	أتناول غذاء صحي للحفاظ على قدراتي الجنسية.					
19	أتثقف مع الشريك الأصلي في قضايا الجنس من خلال القراءة و السؤال العلمي في هذا المجال .					
20	قمت بدفع المال مقابل ممارستي للجنس مع شريك آخر .					

21	مارست الجنس مع شخص ما بمجرد أني شعرت بالإثارة معه.					
22	أقوم بتعاطي الكحول أو المخدرات أثناء ممارستي للعملية الجنسية.					
23	أحمل الغشاء الواقي معي بصفة دائمة وهذا تحسبا لكل علاقة جنسية مباغتة.					
24	الممارسة الجنسية الخطرة وغير آمنة تعتبر جزءا من أسلوب حياتي.					
25	قمت بزيارة بيوت خاصة بممارسة الجنس.					
26	أدت ممارستي للجنس غير آمن إلى إيذاء الشريك الأصلي بنقله أمراضي التناسلية .					
27	أعتقد أن الأمراض المنقولة جنسيا ناتجة عن سلوك جنسي خطر وغير شرعي.					
28	أصارح الشريك الجنسي الأصلي في حال إصابتي بمرض تناسلي لأخذ الاحتياطات اللازمة .					
29	أسعى للمحافظة على صحتي البدنية و الجنسية بممارسة العادات الصحية .					

ملاحظة :

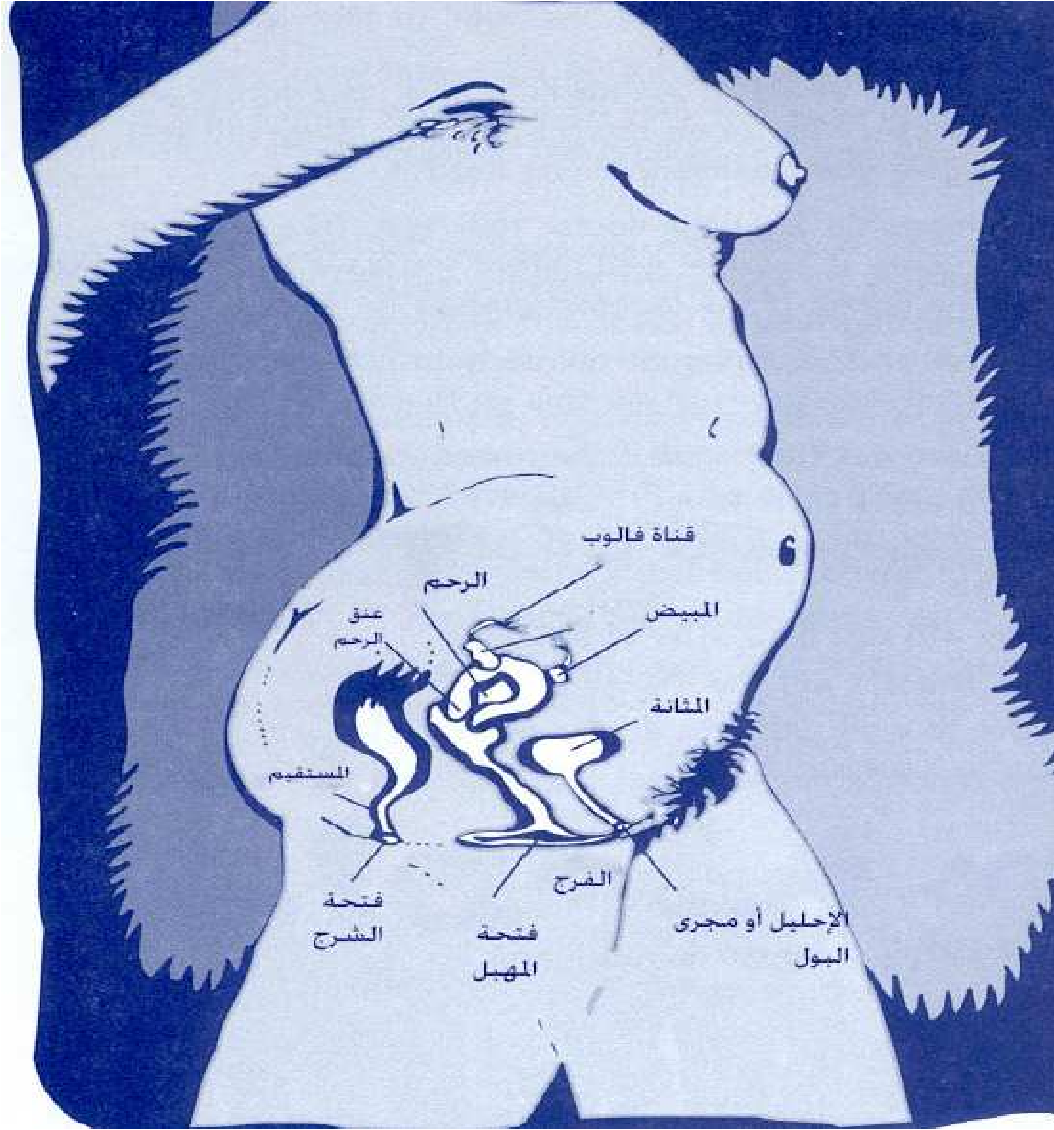
الشريك الجنسي الأصلي = الزوج .

الملحق رقم : 03



شكل يوضح الجهاز التناسلي عند الذكر

الملحق رقم: 04



شكل يوضح الجهاز التناسلي عند الأنثى